

NUORTEN NAISTEN TIETOUS SEKSUAALITERVEYDESTÄ,
SEKSUAALINEN KÄYTTÄYTYMINEN JA ASENTEET
Tutkimus Nepalin perhesuunnittelujärjestön hankkeessa

Anu Karjalainen
Opinnäytetyö, kevät 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Karjalainen, Anu. Nuorten naisten tietous seksuaaliterveydestä, seksuaalinen käyttäytyminen ja asenteet. Tutkimus Nepalín perhesuunnittelujärjestön hankkeessa. Helsinki, kevät 2010, 64 s, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyössä tarkastellaan nepalilaisten nuorten naisten seksuaaliterveyttä. Selvitän, mitä naiset tietävät seksuaaliterveydestä, kuinka he asennoituvat ehkäisyyn käyttöön ja minkälaista heidän seksuaalinen käyttäytymisensä on. Työ on tehty yhteistyössä Nepalín perhesuunnittelujärjestön kanssa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Nepalín perhesuunnittelujärjestölle.

Opinnäytetyössäni käytin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tiedonkeruun menetelmää. Keräsin aineiston Nepalín eteläosista, Bardíyan ja Morangín maakunnista. Aineisto koostuu 45 strukturoidusta kyselylomakkeesta ja kahdesta puolistrukturoidusta ryhmähaastattelusta. Haastateltavat olivat 10–24-vuotiaita tyttöjä ja nuoria naisia.

Nepalissa naiset menevät naimisiin hyvin nuorena. Perinteiden mukaisesti tytär annetaan sulhasen perheeseen neitsytlahjaksi. Järjestetty avioliitto on vallitseva käytäntö. Tytär halutaan saada hyviin naimisiin. Aviopuolison valinta, juhlat ja myötäjäiset mittaavat perheen arvon. Köyhissä perheissä tytär on taloudellinen taakka, mistä voi seurata se, että tyttärestä halutaan päästä eroon. Avioituminen on jopa velvollisuus. Avioitumisen ja erilaisten yhteiskunnallisten velvoitteiden takia monilta tytöiltä jää koulu kesken. Naisen vastuulla ovat olleet kotityöt ja synnyttäminen. Usein heidän odotetaan tulevan raskaaksi heti avioituttuaan. Teiniraskaudet altistavat fyysisiin ja henkisiin ongelmiin. Tätä vielä pahentaa ehkäisyvälineiden ja seksuaalikasvatuksen puute sekä naisen heikko asema uudessa perheessä. He saavat harvoin päättää itseään koskevista asioista.

Työn tulosten mukaan tytöt tiedostavat heitä uhkaavat seksuaaliongelmien. Heillä on kuitenkin hyvin pienet mahdollisuudet vaikuttaa seksuaaliseen päätökseen. Tytöt kaipaavat lisää tietoa seksuaaliterveydestä. Tutkimusjoukosta yli puolet oli naimisissa. Yllättävää oli se, että heistä puolella oli käytössään jokin moderni ehkäisymenetelmä. Silti muutamilla oli ollut seksuaalista riskikäyttäytymistä. Nuorista tytöistä selvästi huokui halu muuttaa yhteiskuntaa. Nepalín perhesuunnittelujärjestöllä on ollut iso vaikutus heidän elämässään, naisten oikeuksien ja seksuaaliterveyden edistämisenä.

Asiasanat: Nepal, naiset, seksuaaliterveys, ehkäisy, kvalitatiivinen tutkimus, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Karjalainen, Anu. Young women and girls' knowledge, behaviour and attitude concerning sexual health. Survey in the project of Family Planning Association of Nepal.

64 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Health Care.
Degree: Public Health Nurse.

The aim of the study was to generate information concerning the sexual health of the young women and girls for the family Planning Association of Nepal. The purpose was to collect data concerning the sexual health of females. Their attitudes, behavior and knowledge regarding sex and possible health issues related to it were also inspected.

Both quantitative and qualitative approaches were used. Two focus group discussions were held. In addition, 45 questionnaires were used in order to receive information. The respondents were young women aged 10-24 from Bardia and Morang districts.

To marry at an early age is common in Nepal. Premarital sex is discouraged. Usually, first sexual intercourses take place in marriage. However, previous studies reveal that a majority of the married young women do not use any contraceptive methods. Social norms and institutions are restrictive, especially for girls, who are often unable to continue their education or delay marriage and childbearing. There is a true lack of information concerning contraceptive methods. Also a weak status of women in a husband's family can make the problem worst.

This study shows that young women are were aware of these problems. Although, their possibilities to change their situation were almost nonexistent. Young girls desperately wanted more information concerning sexual health issues. Almost half of the women were already married. It was considered surprising that half of the married women used a modern contraceptive. The results also showed that young girls had an aspiration for a better future. Family Planning Association of Nepal has a great impact on their knowledge concerning sexual health.

Keywords: Nepal, women, sexual health, contraceptive

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Nuorten seksuaaliterveys	8
2.2 Seksuaaliterveyden edistäminen	10
3 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS NEPALISSA	12
3.1 Naisten seksuaalinen aktiivisuus	14
3.2 Ehkäisyn käyttö	15
3.3 Seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyspalvelut Nepalissa	17
4 NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN HAASTEET NEPALISSA	20
4.1 Teiniraskauksia ja abortteja	20
4.2 Seksuaalinen väkivalta ja sukupuolitartunnat	23
5 OPINNÄYTETYÖN KUVAUS JA TOTEUTUS	25
5.1 Tutkimusympäristö	25
5.2 Opinnäytetyön tarkoitus	26
5.3 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimusjoukko	26
5.4 Aineiston analysointi	29
5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	31
6 TULOKSET	32
6.1 Taustatiedot	32
6.2 Seksuaaliterveystieto	33
6.3 Seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyspalvelut	35
6.4 Seksuaalinen käyttäytyminen	37
6.5 Ehkäisyn käyttö	39
6.6 Seksuaaliterveyden haasteita	42
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	44
8 POHDINTA	47
8.1 Kohti seksuaalioikeuksien toteutumista	47

8.2 Oma ammatillinen kasvu	48
LÄHTEET	51
LIITE 1 Ryhmähaastattelurunko	
LIITE 2 Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää nepalilaisten nuorten naisten tietoja seksuaaliterveydestä. Tutkin myös heidän asenteitaan ja käyttäytymistään. Mitä he tietävät ehkäisystä? Minkälaisia seksuaaliterveyteen liittyviä haasteita he kohtaavat ja kuinka he näistä selviytyvät? Ovatko he tietoisia oikeuksistaan? Entä käyttävätkö he perhesuunnittelupalveluita? Onko heillä omasta mielestään tarpeeksi tietoutta seksuaaliterveydestään? Tutkimus on tehty yhteistyössä Nepalilain perhesuunnittelujärjestön (FPAN) kanssa, ”MPRC Initiatives´-Improving SRHR for Young Women in selected districts of Nepal” -nimisessä hankkeessa. Hanke on Väestöliiton ja Suomen Ulkoministeriön tukema. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa järjestölle sitä hyödyttävää tietoa. Olen käyttänyt työssäni edellisten tutkimusten kysymyslomakkeitaan hieman muokaten. Hankkeen paikalliset koordinaattorit ovat järjestäneet minulle haastattelut.

Nepalissa naiset avioituvat jo nuorena. Perinteiden mukaisesti perheensä antaa tyttärensä tulevan sulhasen perheeseen neitsytlahjana. Varhain avioitumisen jälkeen tytöt usein tulevat raskaaksi. Heidän tietämyksensä ehkäisystä on huono, sillä he eivät ole päässeet kouluun tai koulu on jäänyt kesken. Tytöt eivät voi juuri itse vaikuttaa siihen, milloin hankitaan lapsia ja kuinka monta, mikä rikkoo naisen seksuaalioikeuksia. FPAN:n tarkoitus on tavoittaa kaikkein syrjäytyneimmät nuoret. He ovat perustaneet seitsemään maakuntaan monitoimikeskuksen, joissa jaetaan tietoa muun muassa seksuaalioikeuksista ja ehkäisykäytöstä. Järjestö on kouluttanut nuoria puhumaan seksuaaliterveydestä ikätovereilleen.

Aihe on hyvin ajankohtainen Nepalissa, jossa väestö kasvaa huimaa vauhtia, äitiyskuolleisuus on suurta ja köyhyys arkipäivää. Yksi Nepalilain vuosittain tavoitteista on äitiyskuolleisuuden vähentäminen. Se onkin ollut laskussa. Tähän on osaksi vaikuttanut laillistettu abortti. Jotta seksuaaliterveyteen liittyviä haasteita voidaan vähentää, on tärkeä saada tietää, onko palveluista ollut hyötyä nuorten ongelmassa? Entä onko tiedon määrä kasvanut?

Tutkimuksen teko oli osa ulkomaanvaihtoaani. Olin harjoittelujaksolla Patan sairaalassa Kathmandussa kahdeksan viikkoa. Tutkimusaineiston keräsin huhtikuussa ja kesäkuussa 2009 kahdessa maakunnassa Nepalin eteläosissa. Vietin Nepalissa kaiken kaikkiaan viisi kuukautta. Soroptimistit international of Finland on tukenut minua taloudellisesti tutkimuksen toteuttamisessa. Järjestän heille tilaisuuden syksyllä 2010, jossa minun on tarkoitus esitellä työni. Nepalin perhesuunnittelujärjestölle kirjoitan opinnäytetyöni tuloksista lyhyen englanninkielisen tiivistelmän.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Nuorten seksuaaliterveys

Nuoria on maailmassa enemmän kuin koskaan ennen. Lähes puolet maapallon asukkaista on alle 25-vuotiaita. Heistä suurin osa asuu kehitysmaissa. Vuonna 2007 Aasiassa nuoria asui 18 prosenttia koko väestöstä, kun vastaavasti Euroopassa 13 prosenttia. WHO:n mukaan luku Aasiassa on kuitenkin laskemassa 14 prosenttiin. Syntyvyyden ja kuolleisuuden vähentyminen ovat vaikuttaneet ikärakenteeseen. (World Youth Report 2007, 256–257; Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 2)

Nuoruus on aikaa jolloin kerätään elämäkokemusta koulusta, töistä, harrastuksista ja nuorten ryhmistä. Samalla karttuvat myös ensimmäiset seksikokemukset. Yhteisössä opitaan vallitsevat sukupuolinormit. Oikeanlaiset normit suojelevat terveyttä ja oikeuksia. Useissa maissa normit rajoittavat tyttöjen ja naisten käyttäytymistä. Heidän kouluun pääsynsä estyy ja heitä painostetaan avioon ja hankkimaan lapsia. Tietämättömyys saattaa johtaa siihen, että heitä alistetaan seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Naisten mahdollisuudet tehdä heitä koskevia päätöksiä vähenevät epäoikeudenmukaisten sukupuolinormien takia. Naisiin voi kohdistua väkivaltaa, naiskauppaa, sukupuolielinten silpomista tai lapsiavioliittoja. Nämä vaarantavat naisten henkistä ja fyysistä terveyttä. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 6.)

Nuoruus on aikaa, jolloin fyysinen ulkonäkö on kovassa murroksessa. Murrosikä alkaa. Tytöille tulee kuukautiset. Fyysisten muutosten lisäksi nuorissa tapahtuu myös psyykkisiä muutoksia. Myös sosiaaliset suhteet muuttuvat. Tytöt alkavat kiinnostua pojista ja pojat tytöistä. He alkavat kiinnostua enemmän seksistä ja lisääntymisestä. Uteliaat nuoret janoavat tietoa murrosiän tuomista muutoksista ja terveydestään. He alkavat aktiivisesti ottaa osaa päätöksentekoon. Sen mitä he opettajilta, vanhemmilta ja yhteisöltä oppivat, he tulevat opettamaan myös lapsilleen. Tässä iässä nuoret muodostavat seksuaaliset toimintamallit. He päättävät haluavatko ottaa vastuuta ja suojautua sukupuolitaudeilta sekä ei-

toivotuilta raskauksilta, vai ottavatko riskejä. Kaikkiin ongelmiin, joita he kohtavat, he eivät pysty itse vaikuttamaan. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ongelmia, joita nuoret kohtaavat ovat teiniraskauden ja sukupuolitautilien lisäksi, seksuaalinen väkivalta ja -hyväksikäyttö. Seksuaaliterveyspalveluiden hyvä kattavuus ja seksuaalikasvatus ovat tärkeää näiden ongelmien vähentämiseksi. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 6; WHO 2002a, 7–8.)

Seksuaaliterveys, lisääntymisterveys ja seksuaalioikeudet ovat hyvin uusia käsitteitä. Niistä on alettu puhua vasta viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana. Muun muassa WHO, perhesuunnittelujärjestöt ja naisten terveysjärjestöt halusivat lisääntymisterveys- ja lisääntymisoikeus-termin käyttöön, jotta naisten tarpeita huomioitaisiin ja väestönkasvua voitaisiin rajoittaa. Kairon kansainvälisessä väestökongressissa vuonna 1994 asiakirjoihin lisättiin, että lisääntymisterveys pitää sisällään myös seksuaaliterveyden, jonka päämäärä on parantaa elämänlaatua ja ihmissuhteita, ei ainoastaan ehkäistä sukupuolitauteja. Kongressin jälkeen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on alettu pitää entistä tärkeämpänä. Muun muassa Yhdistyneet kansakunnat rahoitti työryhmiä ja tuki raporttien kirjoittamista ja WHO sisällytti sen yhdeksi prioriteetiksi. Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö, IPPF, edistää Kairossa pidetyn kongressin toimintaohjeita ja toimittaa materiaalia kansallisille perhesuunnittelujärjestöille. (Lottes 2000,13–19.)

Lottes vittaa (2000, 19–21.) IPPF:n asiantuntija Evert Kettingiin, joka on kannattanut seksuaali- ja lisääntymisterveyden erottamista toisistaan. Hänen mielestään lisääntymisterveysongelmat liittyvät raskauteen, imetykseen ja synnytykseen. Seksuaaliterveyden ongelmat taas koskevat tiedon puutetta, oman itsensä hyväksymistä, omaa identiteettiä, kommunikaatiota kumppanin kanssa, ei diagnostiikkaa tai lääketieteellistä hoitoa. Lottesin mielestä näillä on myös yhteyksiä. Esimerkiksi sukupuolitaudeilla voi olla vaikutusta lisääntymiseen. Ne saattavat vahingoittaa lapsen syntymää.

Seksuaalisuus on osa jokaisen ihmisen persoonallisuutta. Seksuaalisuus kehittyy, kun kaipuu ja halu kontaktiin, läheiseen suhteeseen, tunneilmaisuun, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen tyydyttyvät. Seksuaalisuuden kehittyminen on

välttämätöntä. Seksuaalisuus on elämänpituinen prosessi syntymästä kuolemaan. Kaikilla tulisi olla oikeus seksuaalisuuden ilmaisemiseen. WHO määrittelee seksuaalisen terveyden ”ruumiillisten, emotionaalisten, älyllisten ja sosiaalisten tekijöiden integraationa siten, että se vahvistaa ja rikastaa persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta.” Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisillä on mahdollisuus harrastaa turvallista ja kumpaakin osapuolta miellyttävää seksiä, parilla on mahdollisuus valita turvallinen ja laillinen ehkäisymenetelmä ja päättää milloin hankkivat lapsia ja naisilla on mahdollisuus saada terveydenhuoltoa raskauden aikana. (Lottes 2000, 34; WHO 2002, 5.)

Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö (IPPF) hyväksyi peruskirjan seksuaali-oikeuksista vuonna 1995. Seksuaalioikeudet sisältävät sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta suojautumisen lisäksi myös oikeuden ilmaista itseään seksuaalisena yksilönä ja kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta. Ihminen saa ilmaista seksuaalisuuttaan oman suuntauksensa, identiteettinsä ja arvojensa mukaisesti. Ihmisellä on oikeus kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta, joka on arvokas kommunikaation ja rakkauden ilmaisemisen väline. Seksuaali-oikeuksien toteutuminen lisää tyttöjen mahdollisuuksia tehdä päätöksiä omaan elämään, edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa, ehkäisee HIV -epidemian leviämistä, lieventää köyhyyttä ja parantaa maiden taloudellista kehitystä. (Virtanen 2002, 15; Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 3.)

2.2 Seksuaaliterveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa, tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on ihmisen fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivinen (terveyslähtöinen) ja preventiivinen (sairauslähtöinen) toiminta. Tulokset nähdään suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuessa, terveyspalveluiden parantuessa tai elämäntavan muuttuessa. Vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön, ja yhteiskunnan hyvinvoinnissa ja terveydessä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 39, 13–15.)

Terveyttä edistävät sisäiset tekijät ovat yksilöllisiä ja sosiaalisia, esimerkiksi terveelliset elämäntavat, myönteinen kuva itsestä, hyväksytyksi tuleminen kokeminen, myönteinen kiintymisen kokeminen ja hyvät vuorovaikutustaidot. Ulkoiset tekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin. Näitä ovat esimerkiksi perustarpeiden (ruoka, lämpö, suoja, lepo) tyydyttäminen, tietotarpeen tyydyttyminen, pysyvät ja tukevat sosiaaliset verkostot sekä turvallinen ympäristö, julkiset palvelut ja terveellinen yhteiskuntapolitiikka. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 14.)

Kontulan (2000, 56–57) mukaan seksuaaliterveyttä edistetään silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan omaehtoisella, tyydyttävällä ja turvallisella tavalla. Parhaiten seksuaaliterveyttä edistetään sopivan kumppanin kanssa tyydytystä tuottavassa suhteessa. Seksuaaliterveys näyttäytyy vuorovaikutustilanteissa ja parisuhteessa. Kanssakäymiseen vaikuttavat yksilön omat ja kumppanin ominaisuudet sekä resurssit, sosiaalinen yhteisö ja kulttuurin luomat puitteet ja ehdot. Riittävät seksuaalioikeudet ovat välttämättömyys seksuaaliterveyden tyydyttävälle toteutumiselle. Seksuaaliterveyden ongelmien ilmetessä voidaan julkisten ja yksityisten palveluiden avulla parantaa seksuaalisuhteen laatua ja suhteen osapuolten seksuaaliterveyttä.

3 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS NEPALISSA

Vuonna 2008 Nepalissa asui 28,8 miljoonaa ihmistä (Unicef 2010.). Nepalin väestö kasvaa huimaa vauhtia. On ennustettu, että 30 vuodessa Nepalin väestö kaksinkertaistuisi. Nepalissa alle 15-vuotiaat nuoret ovat suurin ikäryhmä. Heitä on melkein yli puolet väestöstä. Nuoret kohtaavat köyhyyttä. Osalla on huonot mahdollisuudet koulutukseen ja terveydenhuollon palveluihin. Nepal on yksi maailman köyhimmistä maista. Jopa yli kolmannes väestöstä elää alle eurolla päivässä. Yksi vuosituhattavoitteista on alentaa köyhyyttä. Köyhyys vaikuttaa nuoriin monella tapaa. Esimerkiksi perheillä on mahdollisuus kouluttaa ainoastaan poikia, mikä taas vaikuttaa tyttöjen kehitykseen ja arvostukseen. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 2, 4.)

Vuonna 2006 Nepalín sosiaali- ja terveysministeriö on osana maailmanlaajuisia terveystutkimusprojekteja (The worldwide Demographic and Health Surveys project) toteuttanut kolmannen kansallisen terveystutkimuksen. Tutkimukseen oli haastateltu 10 793 naista ja 4397 miestä ympäri maata. Sen tarkoituksena on ollut tuottaa poliitikoille ja suunnittelijoille tietoa syntyvyydestä, perhesuunnittelusta, lapsi- ja äitiyskuolleisuudesta sekä sukupuolitautilien tietämyksestä. Käytän paljon tutkimuksen tuloksia lähteenäni sen kattavuuden ja luotettavuuden takia.

Kansallisen terveystutkimuksen (2006, xxviii) mukaan nepalilaiset naiset ovat vähemmän koulutettuja kuin miehet. Naisen asema yhteiskunnassa on heikko. Uuksulaisen (2006, 20–23) mukaan yksi merkittävä naisen asemaan vaikuttava tekijä ovat myötäjäiset. Niiden tarkoituksena on antaa lahjoja morsiamelle tämän avioituessa ja jättäessä vanhempansa. Myötäjäisistä on esimerkiksi Intiassa tullut instituutio, joka aiheuttaa tytöille kärsimystä. Etelä-Aasiassa jopa 90 prosenttia avioliitoista on järjestettyjä. Perinteiden mukaisesti vanhemmat etsivät tyttärelleen puolison. Aviopuolison valinnalla on suuri merkitys perheelle. Rakkausavioliitto on harvemmin sosiaalisesti hyväksytty. Tyttären naittaminen on usein perheelle erittäin suuri investointi. Tyttärestä voi tulla perheen taakka, josta on päästävä eroon. Nepalissa naiskauppa on tavallista.

Etelä-Aasiassa uskonnolliset auktoriteetit vaikuttavat avioliittokäytäntöihin. Perheenisä antaa tyttärensä neitsytlahjana sulhasen perheelle. Vuosisatojen ajan perheet ovat naittaneet tyttärensä jo varhaisessa iässä, koska he eivät muutoin voisi taata tyttärensä neitsyyttä. Myös uskonnolliset puhtauskäsitukset ovat vaikuttaneet avioitumiskäytänteisiin. Ajatellaan, että tyttärestä on hyvä päästä eroon ennen kuin hänen kuukautisensa alkavat. Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 102, 78–79) mukaan 60 prosenttia alle 18 -vuotiaista on jo naimisissa. Lapsiavioliitot eivät aina tarkoita sitä, että tyttö aloittaa avioelämän puolison kanssa. Lapsi asuu vanhempiensa kanssa täysi-ikäisyyteen asti ja muuttaa sulhasen perheeseen, kun on seksuaalisesti kypsä. Keskimäärin kuitenkin yhdellä neljästä on lapsi jo ennen 18-vuoden ikää. (Uuksulainen 2006, 20–23.)

Teiniraskaudet ovat iso sosiaalinen ja terveydellinen kysymys Nepalissa. Ras-kaaksi tulemista yleensä toivotaan heti avioituttua. Useimmat nuoret naiset haluavat saada heti lapsia. Teiniraskaus voi aiheuttaa useita terveysongelmia sekä lapselle että äidille. Aikainen äidiksi tuleminen vähentää tytöiltä koulutus- ja työmahdollisuuksia. Tämä johtaa myös suureen väestönkasvuun. Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 73–74) mukaan teiniraskaudet esimerkiksi Terraila, jossa opinnäytetyöni tein, ovat kuitenkin vähentyneet vuodesta 1996 (31 %) vuoteen 2006 (19 %). Tähän on vaikuttanut koulutustason nousu. Kouluttamaton nuori synnyttää kolme kertaa todennäköisemmin lapsen verrattuna tyttöön, joka on käynyt keskikoulua. Varakkuudella on myös väliä teiniraskauslukuja katsoessa. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 20.)

Nepalissa nuorilla ei ole tapana kertoa murrosiän muutoksista kehossa tai sukupuolisuhhteista sen takia, että seksuaalisuus on Nepalissa vaiettu asia. Kotona seksistä puhuminen on tabu. Myöskään kouluissa ei ole halua tai opettajat eivät osaa pitää seksuaalivalistustunteja. Yhteisöissä oletetaan, että seksuaalivalistus lisää nuorten esiaviollista seksiä. (Suihkonen 2005.) Muun muassa Nepalin perhesuunnittelujärjestö (FPAN) ja Marie Stopes ovat hyödyntäneet monia luovia keinoja seksuaalivalistuksen antamisessa. Marie Stopes on kansainvälinen järjestö. Se tarjoaa Nepalissa lisääntymisterveyspalveluita. Sillä on 61 klinikkaa ympäri maata. (Marie Stopes 2010.) Nepalin perhesuunnittelujärjestö on yhteis-työkumppani. Esittelen heidän toimintaansa tarkemmin luvussa 5.1.

3.1 Naisten seksuaalinen aktiivisuus

Nopea väestön kasvu on kehitysmaissa suuri haaste. Joissakin maissa väestö kasvaa nopeammin kuin ruoan tuotanto. Tämä tekee köyhyydestä entistä hankalampaa. On ajateltu, että talouden kasvu johtaa hyvinvoinnin kohenemiseen. Tämä ei kuitenkaan ole aivan suoraan verrannollista. Esimerkiksi Etelä-Koreassa perheenjäsenten lukumäärän pieneneminen, perhesuunnittelupalveluiden lisääminen ja koulutussektoriin investoiminen johti talouden kohenemiseen. Tasapainoinen väestönkehitys saavutetaan, kun seksuaalioikeudet toteutuvat. Se tarkoittaa sitä, että jokaisella parilla on oikeus valita, koska haluaa lapsia ja kuinka monta. Edellytyksenä tälle on, että heillä on välineitä ja tietoa suunnitella lisääntymistään. (Lipsanen 2008, 28–29.)

Nepalilaiset naiset aloittavat sukupuolielämän yleensä samaan aikaan, kun he menevät naimisiin. Kansallisesta terveystutkimuksesta (2006, 219–222) selviää, että 20–49-vuotiaat naiset ovat olleet ensimmäisessä yhdynnässä keskimäärin 17 vuoden iässä. Avioitumisen keski-ikä on sama kuin ikä, jolloin naiset ovat olleet ensimmäisessä yhdynnässä. Tästä voidaan päätellä, että nepalilaiset naiset eivät harrasta esiaviollista seksiä.

Nepalilaiset naiset menevät nuorena naimisiin. Maan eteläosissa tyttöjä naitetaan jo 10–14-vuotiaina. Uksulainen (2006, 22) viittaa Unicefin tilastoihin, joiden mukaan Nepalissa noin 40 prosenttia tytöistä naitetaan jo 15-vuotiaina. Kansallisen terveystutkimuksen (2006,102) mukaan 60 prosenttia naisista on naimisissa jo ennen 18-vuoden ikää. Monet nuoret tytöt naitetaan jo niin varhain, etteivät he ole fyysisesti tai henkisesti vielä valmiita seksuaaliseen kanssakäymiseen. Tästä voi johtua myös se, ettei monikaan ole harrastanut esiaviollista seksiä. Caltabianon ja Castiglionin (2008) tutkimuksen mukaan nepalilaiset avioituvat kuitenkin entistä vanhempina. Ennen keski-ikä oli 13,7 vuotta, nyt se on jo 15,7. Tämän katsotaan johtuvan tiedon lisääntymisestä. Mitä myöhemmin he menevät naimisiin, sitä varmemmin esiaviollinen seksikin tulee lisääntymään.

3.2 Ehkäisyn käyttö

Nepalilaiset naiset tietävät mitä modernilla ehkäisyvälineillä (kondomeja, pille-reitä, injektioita, implantteja ja kierukoita) tarkoitetaan. Kansallisen terveystutkimuksen (2006,76.) mukaan lähes jokainen nepalilainen tietää ainakin yhden modernin ehkäisymenetelmän. Injektiot (99 %), naisten sterilisaatiot (99 %), kondomi (97 %) ja miesten sterilisaatiot (96 %) olivat tunnetuimmat modernit ehkäisyvälineet jo naimisissa olevien naisten joukossa. 84 % naimisissa olevista naista tiesi implantit, 2/3 tunnisti kierukan ja 7 % oli kuullut jälkiehkäisystä. Naimisissa olevien naisten tietoisuus moderneista ehkäisymenetelmistä on kasvanut vuodesta 2001. Perinteisiä ehkäisymenetelmiä, kuten rytmimenetelmä, yhdynnän keskeyttäminen ja kansanmetodit, Nepalilainen valtio ei halua tukea eikä näitä ole mainittu valtakunnallisessa perhesuunnitteluohjelmassa.

Ehkäisyn käyttö Nepalissa on vähäistä koko Etelä-Aasiaan verrattuna. Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 78–79) mukaan tutkimuksentekohetkellä melkein puolet (48 %) naimisissa olevista naisista käytti modernia ehkäisyä. Ehkäisyn käyttö on suurinta Teraililla (48 %). Ehkäisyn käyttö on kasvanut viidessä vuodessa 25 prosentista 44 prosenttiin. Silti ehkäisymenetelmien käyttö on vähäisempää kuin monissa muissa Aasian maissa. Etelä-Aasian maista Nepali sijoittuu hieman keskiarvon (57,2) alapuolelle nykyaikaisen ehkäisyn käytössä. (WHO 2009, 18.) Ehkäisyvälineen hankkiminen riippuu paljon naisen asemasta aviomiehen perheessä (Kansallinen terveystutkimus 2006, 241–242.). Sillä kuinka paljon naiset pystyvät osallistumaan päätöksentekoon kotona, on suuri vaikutus naisen ehkäisyn käyttöön.

Ehkäisy aloitetaan kun lapsiluku tulee täyteen. Yleensä päädytään sterilisaatioon. (Saarinen 2006, 26–27.) Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 78–79, 102) mukaan naimisissa olleista 15–19-vuotiaista naisista 5 prosenttia käytti modernia ehkäisyä, 20–24-vuotiaista 22 prosenttia. Ehkäisyn käyttö lisääntyy, mitä vanhemmaksi nainen tulee. Ehkäisyn käyttö on kuitenkin nuorten keskuudessa lisääntynyt koko ajan. Koulutus, uskonto ja asuinpaikka vaikuttavat ehkäisyn käyttöön.

Naiset käyttävät ehkäisyä mieluummin rajoittaakseen lapsen saantia kuin ajoittaakseen raskauden. Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 78, 81–82) mukaan 20 prosenttia naisista käytti ensimmäisen kerran ehkäisyä, kun heillä oli neljä lasta tai enemmän. Ainoastaan 6 prosenttia kaikista naisista aloitti ehkäisyyn käytön ennen kuin hankkivat lapsia. Naisten sterilisaatio on Terailla kaikkein käytetyin ehkäisymenetelmä (29 %). Useimmat (71 %) naisista sterilisoidaan ennen 30 vuoden ikää. Naiset hankkivat sterilisaation siinä vaiheessa, kun kaikki lapset ovat hankittu. Sterilisaatio on monesti myös ainoa vaihtoehto, koska muut menetelmät ovat kalliita.

Kansallisen terveystutkimuksen (2006, 77, 81–83) mukaan injektiot ovat toiseksi käytetyin (10 %) ehkäisymenetelmä. Injektion suurta suosiota selitetään sillä, että niitä on helposti saatavilla kaikista apteekeista ja terveyskeskuksista, niillä on pitkä käyttöikä, niitä on kätevä käyttää ja niitä voi käyttää luottamuksellisesti. Injektioiden määrä on jopa kaksinkertaistunut vuodesta 1996. Kuvassa sairaanhoitaja pistää naiselle Depo-provera injektion, joka annetaan 12 viikon välein.

Imetysaika luonnollisena ja halpana ehkäisymenetelmänä on Nepalissa vähän käytetty. Perheentuvan (2004, 1467–1473) mukaan kehitysmaissa imetysaika on merkittävä ehkäisymenetelmä, koska ehkäisymenetelmiä on rajallisesti saatavissa ja sen merkitys synnytysten välin pitkittäjänä on merkittävä. Imetysaikana naisen hedelmällisyys vähentyy. Kuukautisten jäädessä pois ei munarakkuloita kehity ja myös keltarauhastoiminta on vajavaista. Perheentupa viittaa Kennedyyn ym. joiden mukaan menetelmä suojaa 98-prosenttisesti puolen vuoden ajan, ellei lapsi saa imetyksen lisäksi muuta ravintoa, eivätkä naisen kuukautiset ole palanneet. Nepalilaisesta kansallisen terveystutkimuksen (2006, 175–176) mukaan lapsia imetetään nepalissa keskimäärin noin 34 kuukautta. Kuitenkin Unicefin ja WHO:n suositusten vastaisesti ainoastaan puolet (53 %) äideistä pelkästään imettää. varhaisessa vaiheessa moni lapsi saa korvikkeita ja lisä ruokaa. Hedelmällisyyden viivästymisellä on negatiivinen vaikutus imettämiseen. Myös Aryal (2007) vahvistaa tutkimuksessaan, että naiset eivät imetä lapsiaan, koska imettäminen heikentää heidän hedelmällisyyttään.



KUVA 1. Sairaanhoitaja pistää naiselle injeksiota

3.3 Seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyspalvelut Nepalissa

Seksuaalikasvatus on välttämättömyys seksuaaliterveyden edistämiseksi. Oikeaan aikaan annettu valistus viivästyttää seksuaalisen kanssakäymisen aloittamista ja kannustaa nuoria ottamaan vastuuta käyttäytymisestään. Nuorten tulisi saada ikäänsä sopivaa valistusta seksuaalisuudesta ja vastuullisesta seksuaalikäyttäytymisestä. Nuoret saavat usein tietoa eri lähteistä sattumanvaraisesti. Kolme yleisintä kanavaa, mistä 15–24-vuotiaat naiset olivat saaneet tiedon ehkäisymenetelmistä, olivat radio (74 %), julisteet/mainokset (50 %) ja televisio (46 %). Viihdeohjelmat ovat hyvin usein epäluotettavia lähteitä. Ne aiheuttavat väärinkäsityksiä ja tietämättömyyttä, joka johtaa välinpitämättömyyteen seksuaalikäyttäytymiseen. Vanhemmille seksiasioista kertominen on usein tabu. Yhteisöissä koulujen, perheiden ja nuorisokerhojen tulisi ottaa vastuu kasvatuksesta. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 92; Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 16–17.)

Kouluissa tavoitetaan suuri joukko nuoria. Nuorten valtakunnallisessa terveyden ja kehityksen-strategiassa sanotaan, että nuoret ovat tiedon ja palveluiden tärkein kohderyhmä. Seksuaalikasvatus on jäänyt kouluissa kuitenkin vähälle huomiolle. Ylemmällä kouluasteella odotetaan, että terveystiedon oppikirjan tarjoama tieto riittää perustiedoksi seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Pokharelin (2006) tutkimuksen mukaan nuoret eivät kuitenkaan ole saaneet koulusta sitä tietoa, mitä he olisivat tarvinneet. Useimmat opettajat eivät halunneet olla tekemisissä herkän aiheen kanssa. Heitä pelotti, että kollegat kritisoivat heitä. Joillakin ei myöskään ollut taitoa opettaa seksuaalikasvatusta. Myös oppilaat kiusaantuivat aiheesta. Nuoret tytöt eivät pääse kouluun tai jättävät koulun kesken. Tämän takia myös heidän seksuaalikasvatukseensa on kiinnitettävä huomiota. (Pokharel 2006; Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 16–17; Ministry of health 1998.)

YK:n väestö- ja kehityskonferenssin jälkeen järjestöt ovat hyödyntäneet monia luovia keinoja valistuksessa. FPAN:n hankkeen myötä nuorille on perustettu monitoimikeskuksia ja nuorten foorumeja. Näiden lisäksi on järjestetty erilaisia tapahtumia, kuten katukilpailuja, laulukilpailuja ja keskusteluryhmiä. Seksuaalikasvatusta antamaan koulutetut nuoret neuvovat ikätovereitaan. Vertaiskoulutus on hyvä tapa lisätä nuorten tietoa. Seksuaaliterveyspalvelujen tulisi olla helposti lähestyttäviä ja nuorisoystävällisiä. Nuorella on usein iso kynnys lähestyä palveluita. Palveluiden tarjoajan tulisi olla ymmärtäväinen ja suhtautua positiivisesti nuoriin. Palveluita suunniteltaessa tulee huomioida nuorten tieto- ja tarpeet, ikä, ilmapiiri ja yhteisön tuki. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 18, 16–17; Väestöliitto 2010.)

Perhesuunnittelun paraneminen on tärkeä Nepalin kehitystä edistävä tekijä. Kansallisessa terveystutkimuksessa (2006, 75) kerrotaan, että valtakunnallisen perhesuunnitteluohjelman tavoite on vähentää väestönkasvua suosimalla pieniä perheitä, parantamalla palveluiden saatavuutta ja kysyntää, tarjoamalla korkealaatuisia palveluita ja taata hyvä palvelu. Tarkoituksena on laajentaa ja ylläpitää riittäviä palveluita. Tavoitteiden saavuttamiseksi syrjä seuduille on viety liikkuvia perhesuunnitteluklinikoita palveluiden parantamiseksi ja yksityisiä organisaatioita sekä järjestöjä on rohkaistu osallistumaan enemmän ohjelmaan.

Perhesuunnittelupalvelut ovat olennainen osa valtion terveystalousta. WHO:n (2009, 76–77) mukaan noin 24 prosenttia nepalilaisista ei tavoittanut perhesuunnittelupalveluita. Kansallisessa terveystutkimuksessa (2006, 4–5) kerrotaan, että moderneja ehkäisymenetelmiä (kondomeja, pillereitä ja injektioita) saa kaikkialta perusterveydenhuollon palveluista. Implantteja ja kierukoita laittavat vain muutamat sairaalat ja terveysasemat. Sterilisaatioita tehdään maakunnasta riippuen. Myös monet kansalaisjärjestöt tarjoavat perhesuunnittelupalveluita. Yksi uranuurtaja perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenterveyspalveluiden järjestäjänä on ollut Nepalín perhesuunnittelujärjestö (FPAN), joka aloitti toimintansa jo 1968. Toiminta on laajentunut 75 maakuntaan. (FPAN i.a.) Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että palveluita tulisi olla nykyistä enemmän. Suurin osa palveluista koskee ehkäisyä. Perhesuunnittelupalveluiden puute näkyy aborttiluvuissa ja tiheissä synnytysväleissä. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 20–21.)

Nepalín hallitus tarjoaa ehkäisyn neljälle viidestä tällä hetkellä ehkäisyä käyttävästä naisesta. Kuusi prosenttia tulee järjestöiltä, enimmäkseen valtakunnalliselta perhesuunnittelujärjestöltä (FPAN) ja Marie Stopes -järjestöltä, 14 prosenttia yksityisiltä terveystalouksilta, kuten apteekkeilta. Puolet kondominkäyttäjistä ostaa sen apteekista. 70 % käyttäjistä ei maksa ehkäisystä. Sterilisaatio on ilmainen sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Useimmiten julkisen sektorin palveluista joutuu maksamaan vain sisäänkirjautumismaksun. Yksityissektorilla joutuu maksamaan konsultaatiosta, ehkäisystä ja sisäänkirjautumisesta. Kondomit ovat terveyskeskuksissa ilmaisia. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 87.) Aborttipalveluita tarjoavat paikalliset aluesairaalat, joissa on valmiudet kirurgisiin toimenpiteisiin. Marie Stopes järjestää turvallisia aborttipalveluita. Heillä on palveluita 45 maakunnassa 75 maakunnasta. Heistä on tullut johtava seksuaali- ja lisääntymispalveluiden tarjoaja. Myös Nepalín perhesuunnittelujärjestö tekee abortteja klinikoillaan. FPAN:n palveluita on 34 maakunnassa. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 152; Ipas 2009; FPAN i.a.)

4 NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN HAASTEET NEPALISSA

4.1 Teiniraskauksia ja abortteja

Seksuaalioikeuksien mukaisesti kaikilla on oikeus ruumiilliseen koskemattomuuteen. Jokaisella tulisi olla mahdollisuus turvalliseen ja toivottuun raskauteen. Raskauteen ja synnytykseen kuitenkin liittyy aina riskejä. Näitä ovat muun muassa vaarallisen raskaudenkeskeytyksen aiheuttamat komplikaatiot, infektiot, verenvuoto, pysähtynyt synnytys ja raskausmyrkytys. Synnytyksen ja vaarallisen raskauden aiheuttamat komplikaatiot voivat johtaa jopa kuolemaan. Kehitysmaissa äitiyskuolleisuuteen liittyvät myös sukupuolitaudit sekä tiheät ja liian varhaiset raskaudet. Suurin osa äitiyskuolemista olisi ehkäistävissä, jos jokaisen ulottuvilla olisi perusterveydenhuollon palvelut ja tarvittava sairaanhoito. (Korhonen, Lipsanen & Yli-Räisänen 2009, 16–17.)

Useissa maissa miljoonat nuoret naiset pakotetaan avioliittoon alaikäisinä. Luvuissa kansainvälisissä sopimuksissa lapsiavioliitot ovat kiellettyjä. Ne rikkovat lasten oikeuksia ja vapautta sekä altistavat heidät terveysriskeille ja väkivallalle. Alueilla, joilla lapsiavioliittoja solmitaan, sosiaalinen paine on valtava. Perinteisesti ne tapahtuvat virallisen järjestelmän ulkopuolella. Lapsiavioliitot ovat yleisiä myös Nepalissa. Joka kolmas 15–19-vuotiaista nuorista naisista on naimisissa. Usein tytöt naitetaan heitä selvästi vanhemman miehen kanssa ja heitä saatetaan painostaa intiimielämään heti avioituttuaan. Usein heidän myös odotetaan tulevan nopeasti raskaaksi. Monet tytöt eivät ole henkisesti tai fyysisesti tähän vielä valmiita. Kansallisen terveystutkimuksen tekohetkellä noin 20 prosenttia 15–19-vuotiaista nuorista naisista oli jo äitejä tai olivat raskaana. 90 prosentilla nepalilaisista 25-vuotiaista naisista on lapsi. (Hakkarainen 2009, 36–37; UNFPA 2007, 21; Kansallinen terveystutkimus 2006, 73–74.)

UNFPA: n (2007, 21.) raportin mukaan suurin osa lapsiavioliitoista tapahtuu Terailla Nepalin eteläosissa. Siellä osa tytöistä naitetaan jo 10–14-vuotiaista. Lapsiavioliitot ja teiniraskaudet ovat kuitenkin alueella vähentyneet kymmenen viime vuoden aikana. Koulutustason noustessa naisten tietoisuus omista oike-

uksista lisääntyä. Nykyään ensisynnyttäjien keski-ikä on 20 vuotta. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 73–74.)

Nuorten naisten ongelmaa pahentavat ehkäisyvälineiden ja seksuaalikasvatuksen puute sekä heikko asema perheessä. Nainen on yleensä taloudellisesti riippuvainen miehestään. Hän saa harvoin päättää itseään koskevista asioista. Nepalissa joissakin yhteisöissä uskotaan, ettei naisella ole oikeutta kieltäytyä seksistä miehensä kanssa. Kuitenkin kansallisen terveystutkimuksen (2006, 236) mukaan suurin osa miehistä ja naisista oli sitä mieltä, että naisella on oikeus kieltäytyä seksistä. Monet naimisissa olevat naiset eivät tiedä mitään ehkäisystä tai eivät pysty neuvottelemaan sen käytöstä miehensä kanssa. Useissa kulttuureissa esimerkiksi kondomin käyttöön ajatellaan liittyvän uskottomuutta. Ehkäisyn käyttö ehkäisisi nuoria naisia vakavilta vammoilta ja jopa kuolemilta. Mitä nuoremasta tytöstä on kyse, sitä suurempi riski hänellä on kuolla synnytyksestä aiheutuviin komplikaatioihin. Alle 20-vuotiaan naisen ruumis ei vielä ole kehittynyt kestämaan lapsen saamiseen liittyvää rasitusta. (Hakkarainen 2009, 36–37.)

Lapsiavioliitoilla on yhteys köyhyyteen ja alhaiseen koulutustasoon. Avioiduttuaan tytön koulunkäynti yleensä keskeytyy. Hänen odotetaan keskittyvän kotitöihin ja perheen perustamiseen. Lapsiavioliitot, varhaiset raskaudet ja kotitöiden tekeminen ovat suurimpia esteitä tyttöjen koulunkäynnille. Erityisesti köyhissä oloissa lapsiavioliitto on selviytymiskeino. Tyttöä saatetaan pitää vain taloudellisenä taakkana. Avioiduttuaan tyttö siirtyy miehen perheen vastuulle ja elätettäväksi. Tyttö voi joutua alhaisen asemansa vuoksi uudessa perheessä seksuaalisen hyväksikäytön ja väkivallan kohteeksi. Perheiden taloudellinen ahdinko voi johtaa myös siihen, että tyttö lähetetään seksityöntekijäksi Intiaan. (Hakkarainen 2009, 37–39.) Sarkarin ym. (2008) tutkimuksessa, jossa oli haastateltu 580 seksityöntekijää Länsi-Bengalin alueella Pohjois-Intiassa, selvisi, että jopa 28 % tytöistä oli lähetetty laittomasti bordelleihin käyttäen seksuaalista väkivaltaa. Niillä, jotka oli lähetetty Nepalista, oli suurin mahdollisuus saada HIV-tartunta. Tyttöjen kouluttaminen parantaa heidän sosiaalista asemaansa ja näin myös vähentää lapsiavioliittoja ja teiniraskauksia. Koulutetut tytöt ovat myös tietoisempia seksuaalipalveluista ja ehkäisynkäytöstä. (Hakkarainen 2009, 38–39.)

Seksuaalioikeuksien mukaisesti kaikilla tulisi olla oikeus vapaasti päättää ja valita milloin he haluavat lapsia ja miten monta lasta he haluavat. Näitä päätöksiä varten he tarvitsevat tietoa ei-toivottujen raskauksien ehkäisystä. Monissa maissa nainen ei saa itse päättää lisääntymiseen liittyvistä asioista, vaan anoppi, mies tai joku muu sukulainen tekee päätöksen hänen puolestaan. Ulkopuolisten vaatimuksesta tai tiedon ja ehkäisyn käytön puutteesta nainen saattaa joutua synnyttämään vasten tahtoaan. Tahaton raskaus voi ajaa tytön vaikeiden valintojen eteen. Turvallinen abortti voi aiheuttaa sosiaalista syrjintää ja salassa tehty vaarallinen abortti riskejä terveydelle. Nepalissa aborttia pidetään häpeällisenä, vaikka synnytyksen keskeytys on laillisesti hyväksytty syksyllä 2002. Abortin tekevät naiset mieluummin kertovat, että synnytys keskeytyi automaattisesti. Tämän takia aborttiluvut voivat olla aliarvioituja. On arvioitu, että 10 % lapsista syntyy kuolleena. Abortteja tehtiin arviolta kaksi prosenttia. Tietoa on kuitenkin vaikea saada sen sosiaalisen paheksunnan vuoksi. (Korhonen, Lipsanen & Yli-Räisänen 2009, 55–56; Hakkarainen 2009, 54; Kansallinen terveystutkimus 2006, 68.)

Abortin laillistamisen myötä äitikuolleisuus Nepalissa on lähtenyt laskuun. Tämä on myös lisännyt sukupuolten välistä tasa-arvoa. Vuodesta 2001 vuoteen 2006 äitikuolleisuus on tippunut lähes puolella. Nepalissa on osoitettu, että laillisia abortteja voidaan tehdä turvallisesti. Abortti on laillinen ensimmäisen 12 viikon ajan, jos naisen terveys tai elämä on vaarassa tai raskaus on tapahtunut raiskauksen tai inestin yhteydessä. (Satgainya 2009.) Mahdollisuus turvalliseen aborttiin on huono maaseudulla, koska sairaala sijaitsee kaukana tai sinne on vaikea päästä. Jossakin tilanteissa myös hoitoon pääsy voi olla este, esimerkiksi jos keskeyttämiseen vaaditaan aviomiehen lupa. Toisinaan kustannukset ovat liian korkeat. Keskeytykseen liittyvä häpeä on tavallista. (Hakkarainen 2009, 52–54.) Purin, Inghamin & Matthews (2007) tutkimuksen mukaan nuorten parien raskauden keskeytykseen hakeutumiseen vaikuttavat uskomukset, päätöksentekomahdollisuudet, ajankohta ja hoidon nopeus. Tietoisuus ja palveluiden kattavuus pienentäisivät entisestään äitikuolleisuutta.

4.2 Seksuaalinen väkivalta ja sukupuolitartunnat

Perheväkivalta on yleistä Nepalissa. Kansallisesta terveystutkimuksesta (2006, 233) käy ilmi, että neljäs osa naisista on kokenut seksuaalista väkivaltaa ja seksiin pakottamista. Syynä tähän on ollut esimerkiksi seksistä kieltäytyminen. Naisilla, joilla ei ollut koulutusta ja joilla oli huono toimeentulo, oli suurin riski tulla miehensä pahoinpitelemiksi. Vuonna 2006 Nepalin hallitus hyväksyi lain, joka määrittelee seksiin pakottamisen raiskaukseksi. Todellisuudessa laki ei kuitenkaan toteudu. Ihmisillä on tapana syyttää ennemmin kuin puolustaa seksuaalisen väkivallan uhreja. Maailman terveysjärjestön, WHO:n lisääntymisterveyden ja tutkimuksen osasto teki vuonna 2007 tutkimuksen seksuaalisen väkivallan esiintymisestä avioliitoissa. Puolet haastatelluista naisista oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä. Tähän syynä olivat sukupuoliroolit, perinteiset kulttuurinormit, perheettömyys, poliittinen tuki, alkoholin käyttö ja naisten taloudellinen riippuvuus miehestä. Avioliitto altistaa monet nuoret naisia seksuaaliselle väkivallalle. Tulosten mukaan yksilö, mutta myös yhteisö vaikuttivat tämän kaltaisen väkivallan pahenemiseen. Tutkimus osoitti, että ihmisille tulisi tiedottaa paremmin laista, kehittää ohjelmia uhrien tukemiseksi ja kehittää tasa-arvoa. (Puri & Tamang 2009.)

Mitättömän pieni prosentti valtakunnalliseen terveyskyselyyn vastanneista ilmoitti, että heillä oli ollut jokin sukupuolitauti viimeisen vuoden aikana. Tulokset eivät välttämättä vastaa todellisuutta, sillä sukupuolitaudit ovat joskus oireettomia ja oireita on vaikea havaita. 7 prosenttia naisista ilmoitti, että heillä oli ollut sukupuolitautiin viittaavia oireita. Mahatin ja Scolovenon (2006) Kathmandun yksityiskoulussa toteutetun tutkimuksen mukaan suurin osa nuorista tiesi, että HIV tarttuu likaisten neulojen ja yhdynnän välityksellä sekä tartunnan saaneesta äidistä lapseen. Tutkimuksen mukaan tytöt tietävät vähemmän HIV:stä, sen ehkäisystä ja riskeistä kuin pojat. Nuoret eivät olleet yhtään huolestuneita siitä, että he voisivat saada HIV:n. Tämä osoitti, että nuorille tulee antaa terveystutkimusta turvallisesta seksistä ja kondomin käytöstä. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 215–217, 219–222.)

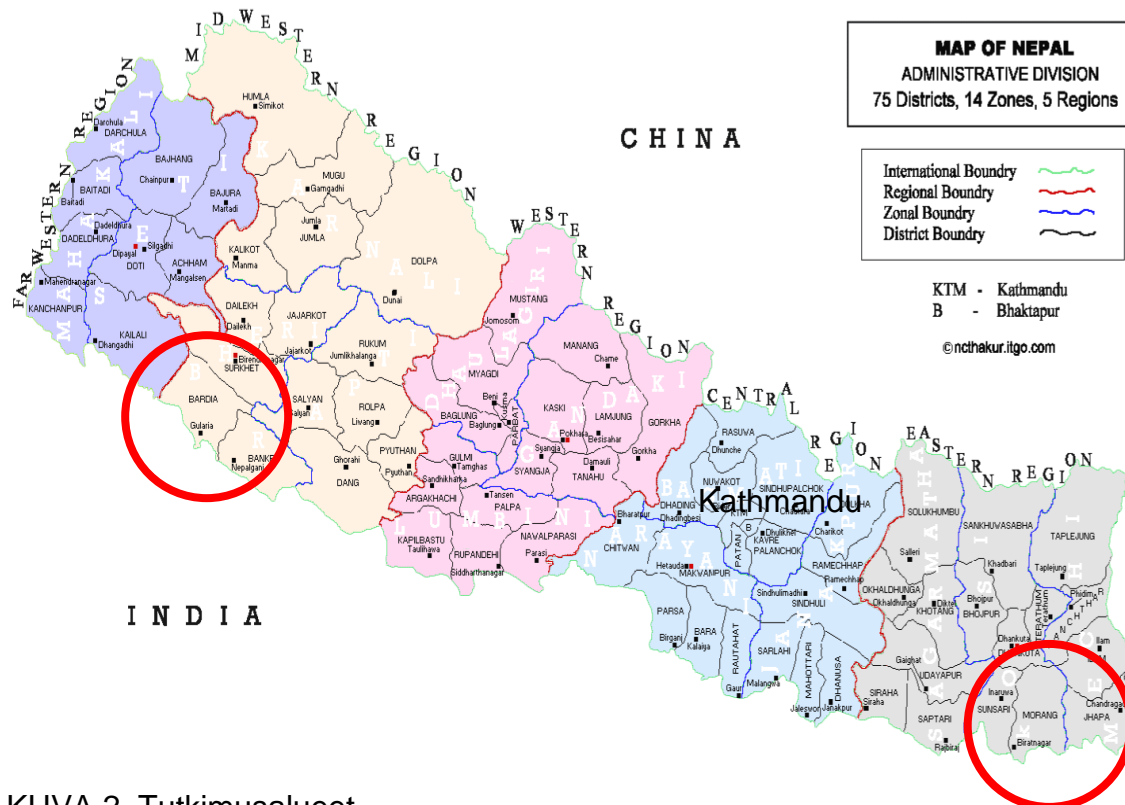
Melkein kukaan (99,6 %) kansalliseen terveystutkimukseen vastanneista naisista ei ollut ollut yhdynnässä avioliiton ulkopuolella. Naisilla kuitenkin oli esiintynyt sukupuolitautiin viittaavia oireita. Vuonna 2007 15–24-vuotiaista naisista 0,3 % oli saanut HIV-tartunnan (Unicef 2010.) NSAC on luonut viiden vuoden suunnitelman HIV tartuntojen ehkäisemiseksi. Suurin osa miehistä ja naisista hyväksyisi HIV- tartunnan saaneen ihmisen. Naiset kieltäytyisivät seksistä miehensä kanssa, jos saisivat tietää, että hän sairastaa jotain sukupuolitautia. (Kansallinen terveystutkimus 2006, 208–210.)

5 OPINNÄYTETYÖN KUVAUS JA TOTEUTUS

5.1 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Nepalín perhesuunnittelujärjestön (FPAN) kanssa, 'MPRC Initiatives' -Improving SRHR for Young Women in selected districts of Nepal-nimisessä hankkeessa. Vuonna 2009 hanke toteutui seitsemässä maakunnassa, Dailekhissa, Mohottarissa, Morangissa, Sunsarissa, Kapilbastussa, Bankessa ja Bardiyassa. Hankkeen päätavoitteena on parantaa nuorten naisten ja tyttöjen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja – oikeutta. Hanke on erityisesti suunnattu väliin pudonneille ryhmille ja niille tytöille, jotka ovat joutuneet naiskaupan uhreiksi. Tarkoituksena on vahvistaa ja laajentaa seksuaaliterveyspalveluita, lisätä nuorten naisten mahdollisuuksia tehdä tietoisia päätöksiä seksuaaliterveydestään ja valintoja elämässään sekä parantaa tyttöjen sosiaalista ja taloudellista hyvinvointia. Hankkeen myötä on perustettu monitoimikeskuksia ja nuorten foorumeita. FPAN kouluttaa vapaaehtoisia. Koulutuksissa he oppivat keskustelemaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Nepalín hanke saa Suomen ulkoasiainministeriön hanketukea. Väestöliitto on vuodesta 2002 ollut mukana nepalilaisten nuorten seksuaaliterveyspalveluiden parantamisessa ja kehittämisessä. (Väestöliitto 2010.)

Opinnäytetyöni on toteutettu kahdella alueella, Bardiyassa ja Morangissa (KUVA 2.). Maakunnat sijaitsevat Etelä-Nepalissa lähellä Intian rajaa. Kummassakin maakunnassa toimii monitoimikeskus, joka tarjoaa nuorille seksuaali- ja lisääntymisneuvontaa. Neuvonnan lisäksi nuoret järjestävät erilaisia tapahtumia kuten katuteatteria, laulukilpailuja ja keskusteluryhmiä. Näiden teemoina ovat olleet muun muassa turvallinen abortti, naisten ja miesten väliset suhteet, raskauden ehkäisy ja sukupuolitartunnoilta suojautuminen. Seksuaaliterveystietoutta jaetaan koko kyläyhteisössä. Järjestön koulutetut vapaaehtoiset nuoret pitävät muun muassa luentoja poliittisille päättäjille ja seksuaaliterveystiedon oppitunteja kouluissa. Näin vaikutetaan kyläyhteisön asenteisiin niin, ettei esimerkiksi tyttöjä lähetettäisi seksityöhön Intiaan.



KUVA 2. Tutkimusalueet

5.2 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Nepalín perhesuunnittelujärjestölle tietoa. Selvitän nuorten naisten tietoutta seksuaaliterveydestä, seksuaalista käyttäytymistä ja asenteita. Tutkimuskysymykset ovat:

- Mitä nuoret naiset tietävät seksuaaliterveydestä?
- Miten he asennoituvat ehkäisyyn käyttöön?
- Minkälaisia seksuaaliterveyteen liittyviä haasteita he ovat kohdanneet?

5.3 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimusjoukko

Opinnäytetyöni tutkimus on sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Tutkimusmetodia valitessani minun tuli huomioida tutkimusaiheeni arkuus sekä sen monipuolinen asioiden selvittely (käyttäytyminen, tietämys ja asenteet). Käytin tut-

kimuksessa aikaisemman tutkimuksen ryhmähaastattelurunkoa (LIITE 1) ja kyselylomaketta (LIITE 2) muokaten niitä opinnäytetyöni tarpeisiin. Päädyin molempiin metodeihin sen takia, että Heikkilän (2008, 61, 56) mukaan kyselylomakkeella pystyy hyvin käsittelemään arkoja aiheita, kun käyttää vastausvaihtoehtoja. Kuitenkaan hänen mukaansa kyselylomakkeella ei pystytä selvittämään käyttäytymistä. Kyselylomakkeen suljetut kysymykset rajaavat syiden selvittelyä ja avoimiin kysymyksiin vastaaja saattaa taas jättää helposti vastaamatta. Ryhmähaastatteluilla selvitin nuorten tyttöjen seksuaaliterveyskäyttäytymistä ja kyselylomakkeella tietämystä sekä asenteita.

Laatiessani tutkimuslomaketta, minun tuli huomioida, etteivät nuoret jaksaa välttämättä keskittyä täyttämään pitkää lomaketta tai vastata laajoihin kysymyksiin. Kysymysten laadinnassa tulee ottaa huomioon Hirsjärven, Remeksen ja Saja-vaaran (2009, 202–203) mukaan kysymysten määrä ja järjestys. Helpot kysymykset tulisi olla alussa ja spesifisemmät kysymykset lopussa. Tutkimukseni kyselylomake sisältää 70 strukturoitua kysymystä ja lisäksi kuusi avointa kysymystä. Kyselyni kuusi avointa kysymystä tarkentavat aikaisempia strukturoituja kysymyksiä. Haluan esimerkiksi tietää, mikä olisi vastaajan mielestä hyvä ikä mennä naimisiin. Jaoin kyselyn kahdeksaan osaan: taustatiedot, nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveys, seksuaalinen aktiivisuus, perhesuunnittelu, turvallinen äitiys, sukupuolitaudit, abortti ja seksuaalinen väkivalta ja - hyväksikäyttö. Nämä valitsin siksi, että näistä haluttiin saada tietoa. Teemat olivat keskeisiä nuorten nepalilaisten naisten seksuaaliterveydessä.

Kyselylomake on nuorille helppo ja nopea, kysymykset on helppo kääntää vierasalle kielelle ja sen avulla voidaan kysyä henkilökohtaisiakin kysymyksiä (Vilka 2007, 28). Haastattelussa kielellä on keskeinen merkitys. Oletetaan, että tutkijalla ja tutkittavalla on yhteinen kieli. (Heikkilä 2008, 48–50.) Niin kyselylomaketta tehdessä kuin ryhmähaastatteluja suunnitellessa minun tuli huomioida tutkittavien kieli. Hankkeen vapaaehtoiset tytöt auttoivat minua kääntämään kyselylomakkeen nepaliksi, sillä suurin osa tutkimukseen osallistuneista ei puhunut englantia. Ranissa tekemässäni ryhmähaastattelussa minulla oli apuna kaksi naistulkkia. He toimivat hankkeen vapaaehtoisina. Sanoshreessa Bardiyan maakunnassa, minulla oli tulkkina Nepalín perhesuunnittelujärjestön naispuoli-

nen sairaanhoitaja Kalinkan kyläklinikalta. Halusin, että tulkki on nainen, jotta tytöillä olisi helpompi keskustella arkaluontoisesta aiheesta.

Tutkimukseen osallistuneet minulle valitsivat hankkeen alueen koordinaatit. He pyysivät vapaaehtoisia kutsumaan kylän naisia tulemaan monitoimikeskuksiin tai nuorten foorumeille. Sana kulki nopeasti. Naiset tulivat vapaaehtoisesti tutkimuspaikalle. Monet olivat uteliaita näkemään, mitä olin tekemässä. Tutkimukseni kohteena oleva joukko oli FPAN:n seksuaaliterveyspalveluita käyttäviä, Bardiyen tai Morangin alueilla asuvia nuoria naisia iältään 10–24-vuotiaita. Osa tutkimukseeni osallistuneista oli osallistunut hankkeen toimintaan jonkin aikaa. Heillä oli jo jonkinlaista kokemusta seksuaaliterveyspalveluista ja hankkeen toiminnasta. He eivät kuitenkaan toimineet vapaaehtoisina, eikä heillä ollut koulutusta seksuaaliterveys asioista.

Keräsin yhteensä 45 strukturoitua kyselylomaketta ja tein molemmissa maakunnissa yhden ryhmähaastattelun. Haastatteluihin osallistuneita oli 21. Vierailin ensimmäiseksi Morangin maakunnassa kaksi viikkoa huhtikuussa 2009. Keräsin siellä 26 kyselylomaketta ja tein yhden ryhmähaastattelun. Neljä nuorta naista täytti kyselyn monitoimikeskuksen äitiyspoliklinikkapäivänä, 12 tyttöä Bright future -nimisessä englanninkielisessä yksityiskoulussa ja kymmenen nuorten informaatiokeskuksessa (YIC) Ranissa. Myös ryhmähaastattelu tehtiin nuorten informaatiokeskuksessa. Tähän osallistui kymmenen 16–19-vuotiasta tyttöä.

Bardiyen maakunnassa vierailin viisi päivää kesäkuun lopulla 2009. Siellä keräsin 18 kyselylomaketta ja tein yhden ryhmäkeskustelun. Haastatteluun osallistui yksitoista 12–19-vuotiasta tyttöä. 18 kyselylomaketta keräsin monitoimikeskuksessa Kalikassa äitiyspoliklinikkapäivänä ja seuraavana päivänä kymmenen perhesuunnittelujärjestön Kalinkan klinikalla. Sain jokaiseen paikkaan luotua rauhallisen tilan. Muissa paitsi Kalinkan kyläklinikan tilassa vastaajilla oli suojattu tila. Tämä oli tärkeää siksi, että he saivat luotettavasti vastata jokaiseen kysymykseen, eikä heidän tarvinnut pelätä, että joku näkisi vastauksia.

Tutkimuksen suoritin kontrolloituna kyselynä. Käytin informoidun kyselyn menetelmää. Olin itse paikan päällä. Tämän lisäksi kanssani oli hankkeen koordinaattori ja muutama naispuolinen vapaaehtoinen. Informoitu kyselymenetelmä varmistaa tutkimuksen tarkoituksen selvittämisen ja esiin tuleviin kysymyksiin vastaamisen (Hirsjärvi ym 2009, 183–184). Vapaaehtoiset toimivat tulkkeina ja vastasivat tutkimukseen osallistuvien kysymyksiin. Korostimme myös tutkimuksen vapaaehtoisuutta. Kerroimme, että mihinkään kysymykseen ei ole pakko vastata, jos ei halua ja, että lomakkeen täytön voi keskeyttää milloin tahansa. Halusin myös korostaa jokaisen tutkittavan ja luotettavien vastauksien tärkeyttä. Kerroin, että tutkimus auttaa meitä paremmin ymmärtämään naisten seksuaalikäyttäytymistä ja parhaassa tapauksessa myös alueen palvelut paranevat. Koin paikalla olon tärkeänä tutkimukselleni, koska näin sain mahdollisimman paljon kyselylomakkeita takaisin. Sain kaikki 46 jätettyä kyselylomaketta takaisin. Kyselyn täyttäminen vei vastaajilta aikaa noin 20 minuuttia ja ryhmähaastattelu noin tunnin.

5.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen ydinasiana pidetään aineiston analyysia, tulkintaa ja johtopäätöksiä. Analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastellaan tulosten virheellisyyttä ja puutoksia. Toisessa vaiheessa täydennetään tietoja. Viimeisessä vaiheessa järjestetään aineisto ja tallennetaan tieto analyysia varten. Analysoinnin jälkeen tulokset tulkitaan. Tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä johtopäätöksiä. Tulkinta on myös analyysissä esiin nousevien merkitysten selkeyttämistä ja pohdintaa. (Hirsjärvi ym 2009, 207–208, 211.) Aineiston analysoinnissa käytin kvalitatiivista sisällönanalyysia ja kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

Käytin kvalitatiivista sisällönanalyysia analysoidessani haastatteluja. Ramissa ryhmähaastattelussa minulla oli käytössäni nauhuri ja lisäksi tein muistiinpanoja. Litteroin haastattelunauhan. Litteroin ainoastaan sen mitä ymmärsin. Tulkkien englannin kielen taidosta oli välillä vaikea saada selvää. Äänityksestä ei myöskään saanut paikoin selvää, koska nauha oli huono. Tästä syystä en

Sanoshreessa enää käyttänyt nauhuria, vaan kirjoitin ainoastaan muistiinpanoja.

Strukturoidut kyselylomakkeiden tulokset kuvailin numeroiden avulla. Pyrin vastaamaan kysymyksiin kuinka paljon, kuinka moni ja kuinka usein. Vastaukset saadaan numeroina. Numerotieto tulee selittää sanallisesti. (Vilkkä 2007, 14.) Analysoin kyselylomakkeet kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jotta sain tietää, kuinka moni tietää seksuaaliterveydestä ja mitä he siitä tietävät. Sain lomakkeelle kirjoitetut vastaukset kesällä 2009. Palautetuista 46 kyselystä jouduin hylkäämään yhden puutteellisten taustatietojen takia. Käytin analysoinnissa kyselykone.com-ohjelmaa. Kun olin syöttänyt tiedot koneelle, tarkastelin vastauksia. Jätin kyselylomaketta analysoidessani kokonaan pois osiot: turvallinen äitiys ja seksuaalinen väkivalta, sillä niin useampi oli jättänyt vastaamatta näiden osioiden kysymyksiin.

5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Useimmat tutkimuslomakkeen kysymyksistä olivat hyvin henkilökohtaisia. Osa nuorista koki vaikeaksi vastata kysymyksiin. Tutkimustulosten luotettavuutta lisäsi kuitenkin se, että tulkkina toimineet kertoivat ennen kyselyiden täyttämistä, että vastaukset ovat luottamuksellisia, eikä nimi tule esille lomakkeessa. Pyysin vapaaehtoisia myös mainitsemaan, ettei mihinkään kysymykseen ole pakko vastata, ellei halua, ja kyselyn tekemisen voi jättää kesken. Kaikki tytöt täyttivät lomakkeen loppuun asti.

Virhetulkintojen määrää vähentää se, että vastaukset olivat painetussa muodossa. Kyselylomake käännettiin nepaliksi, mikä helpotti ja nopeutti vastaamista. Lomakkeen kääntämisessä oli kova kiire. Jonkun olisi pitänyt tarkistaa käännökset ennen sen käyttöönottoa, sillä jälkeenkään selvisi, että muutama kysymys oli käännetty väärin. Minun oli tarkoitus kysyä, oletko ollut yhdynnässä. Kysymys oli käännetty: tiedätkö, mikä tarkoittaa yhdyntää. Oletko koskaan käyttänyt jälkiehkäisyä, oli käännetty: oletko kuullut jälkiehkäisystä. Jätin nämä kysymykset pois analysoidessani tuloksia. Virheellä ei ollut suoranaista vaikutusta tutkimukseni tuloksiin.

Kyselylomakkeisiin oli helpompi vastata avoimesti, kun ne olivat kirjallisessa muodossa eikä kysyjän tarvinnut paljastaa nimeään. Ryhmähaastatteluissa huomasin kulttuurillisten tekijöiden vaikuttavan siihen mitä he kertoivat tai jättivät kertomatta. Nepalilaiseen kulttuuriin kuuluu, että negatiivisista asioista vaivataan. Luotettavuutta olisi lisännyt myös tulkkien pätevyys ja parempi englannin kielentaito. He eivät pystyneet sanasta sanaan kääntämään sitä, mitä tytöt sanoivat. Tämä johtui siitä, ettei heidän kielitaitonsa ollut riittävä.

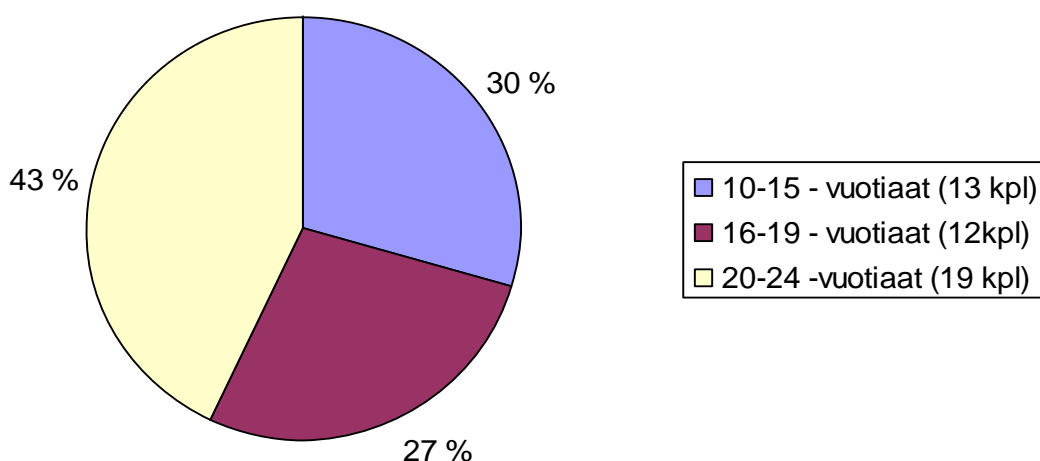
Luotettavuuteen vaikutti myös kyselyjoukon monimuotoisuus. Tyttöillä oli erilaiset taustat ja he olivat eri-ikäisiä. Tutkimusjoukko muodostui edustavasta otoksesta. He vastasivat enemmistöä nepalilaisista nuorista naisista. He asuivat maaseudulla, moni oli naimisissa ja oli saanut lapsia. On kuitenkin hyvä huomioida, että vastaukset ovat tyttöjen mielipiteitä ja kokemuksia.

6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Enemmistö kyselyyn vastanneista oli iältään 20–24-vuotiaita (KUVIO1.). Vähän yli puolet kyselyihin vastanneista oli naimissa. 20–24-vuotiaista vastaajista 16 oli naimisissa ja 16–19-vuotiaista kymmenen. Naimisissa olleista yksitoista asui Morangissa ja viisitoista Bardiyassa. Tuloksiin vaikutti se, että Morangissa keräsin osan kyselyistä koulun 8.-luokkalaisilta.

KUVIO 1. kyselylomakkeisiin vastanneiden ikäjakauma



Vastaajat asuivat keskimäärin neljän hengen perheissä. 55 prosentilla tytöistä ei ollut lapsia. Kahdeksalla oli yksi lapsi ja kuudella kaksi ja kolmella kolme. Heistä, joilla oli lapsi tai lapsia, suurin osa oli 20–24-vuotiaita. Kaikilla 20–24-vuotiailla, naimisissa olleista oli lapsia. Ainoastaan yhdellä 16–19-vuotiaalla oli lapsi. Hänellä oli yksi lapsi.

Kaikki vastaajat olivat käyneet koulua. Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 60 prosenttia oli käynyt keskiasteen koulun ja 33 prosenttia ylemmän keskias-

teen koulun. Kolme vastaajista oli yliopistossa. Yli puolet (55 %) oli tällä hetkellä kotiäiteinä. 43 prosenttia kävi koulua. Yksi 45 kyselyyn vastanneesta oli töissä. Suurella osalla vastaajista ei ollut tuloja. Noin 90 prosenttia vastanneista oli hindulaisia ja 10 prosenttia buddhalaisia.

6.2 Seksuaaliterveystieto

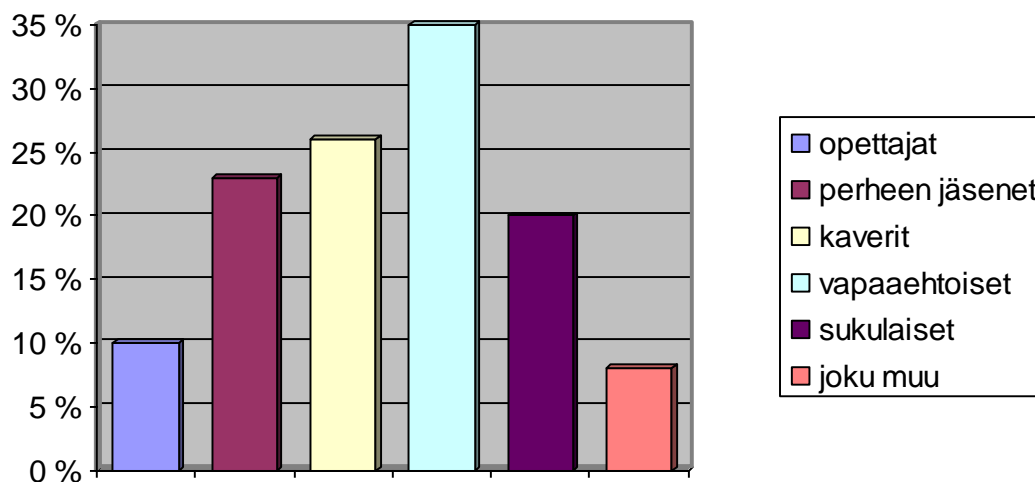
Kaikki kyselyyn vastanneet olivat kuulleet termistä lisääntymisterveys. 29 % nuorista naisista oli kuullut tästä vapaaehtoistyöntekijöiltä. Seuraavaksi eniten kavereilta (21 %) ja perheenjäseniltä (19 %) (KUVIO 2.). Ehkäisyasiat, äitiysterveystien palvelut ja vastasyntyneen lapsen hoito olivat suurimmalle osalle tytöistä tuttuja. Sukupuolitaudit olivat vähemmän tuttuja. Kysyttäessä, tiedätkö mitä sukupuolitaudeilla tarkoitetaan, 25 prosenttia vastasi kieltävästi. Bardiyan ryhmäkeskustelussa tytöt määrittivät sukupuolitautin näin:

Sukupuolitaudit voivat aiheuttaa pieniä näppyjä ja muutoksia iholla.

Suurin osa oli kuullut Hiv:stä, kupasta ja Aidsista. Seuraavaksi eniten he olivat kuulleet herpeksistä ja hepatiitista. Kuitenkaan noin puolet (51 %) ei tiennyt, kuinka sukupuolitaudit tarttuvat. Yhdeksän jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaajat tiesivät hyvin millaisia oireita sukupuolitaudit aiheuttavat. He olivat sitä mieltä, ettei heillä ole riittävästi tietoa esimerkiksi abortista, Hi-viruksesta ja Aidsista.

Kaikki paitsi kaksi olivat kuulleet Hi-viruksesta tai Aidsista. Suurin osa tiesi kuinka tauti tarttuu ja kuinka sen tarttumisen voi ehkäistä. Ryhmähaastatteluissa tytöt kertoivat, että Hi-virus tarttuu, jos harrastaa seksiä useamman kuin yhden ihmisen kanssa ja että virus tarttuu äidiltä lapselle. Heidän mielestään Hi-viruksen tarttumista nuoriin ihmisiin voisi ehkäistä lisäämällä tietoutta ja järjestämällä erilaisia tapahtumia.

KUVIO 2. Keneltä olet kuullut seksuaaliterveydestä?



Tytöt kertoivat keskustelussa, että kouluttamattomilla ihmisillä, rikšakuiskeilla ja taksikuskeilla, on suurin riski saada Hi-virus tartunta.

Rikšakuskit tapaavat erilaisia ihmisiä, he työskentelevät öisin ja ovat pitkään erossa perheestään. Tämän takia he ovat suuremmassa riskissä.

kouluttamattomat ihmiset. Jos mies tai nainen on kaukana toisistaan, he voivat tehdä asioita, köyhät ihmiset, verenluovutuksen yhteydessä ja jos nainen jolla on Hi-virus synnyttää lapsen.

Jos tytöt saisivat kuulla, että heidän sukulaisensa tai läheinen ystävänsä on saanut Hi-virus tartunnan, he olisivat aivan shokissa.

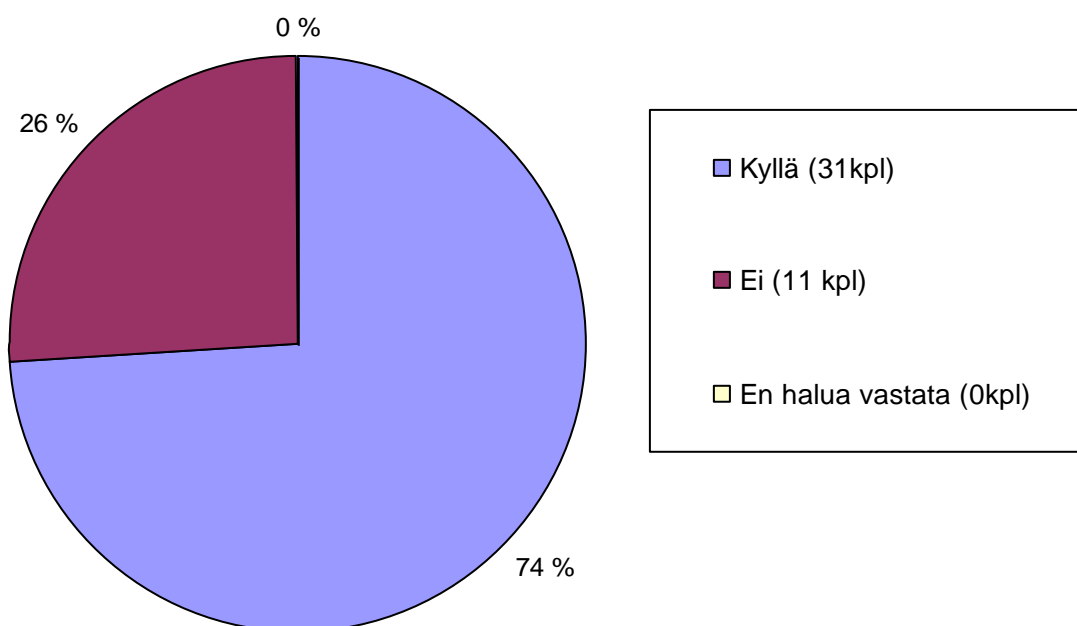
He rakastaisivat ihmistä joka tapauksessa ja suojelisivat häntä.

He auttavat jos he tarvitsevat jotakin, ovat hyviä tartunnan saaneelle...voi olla positiivisia ja negatiivisia reaktioita.

Noin 70 prosenttia tytöistä tietäsi, missä HIV-testejä tehdään. He myös menisivät testeihin mielellään, jos heillä olisi sukupuolitautiin viittaavia oireita. Suurin osa vastaajista menisi omalle terveysasemalle tai kansalaisjärjestön klinikalle. Noin kolme neljäs osa tytöistä tiesi, että abortti on laillinen Nepalissa (KUVIO 3).

Yli puolet tytöistä oli sitä mieltä, että heillä on oikeus keskeyttää ei-toivottu raskaus. Vajaa puolet ei tiennyt, missä abortti on mahdollista tehdä. Ryhmähaastattelussa he eivät osanneet myöskään määritellä turvattoman abortin haittavaikutuksia. He tekisivät abortin lääkärin vastaanotolla, jos saisivat tietää ei-toivotusta raskaudesta.

KUVIO 3. Tiesitkö, että sinulla on oikeus keskeyttää raskaus ensimmäisten 12 raskausviikon aikana?



95 % tiesi, mitä seksuaalioikeudet tarkoittavat. Kyselyistä korostui erityisesti oikeus seksuaaliterveys palveluihin ja terveyden edistämiseen. 15 prosenttia tytöistä tiesi, että heillä on oikeus yksityisiin ja luottamuksellisiin terveydenhuollon palveluihin sekä oikeus vapaaseen ja aktiiviseen yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Ainoastaan 11 % tiesi, että hänellä on oikeus päättää naimisiinmenosta ja lasten hankinnasta.

6.3 Seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveyspalvelut

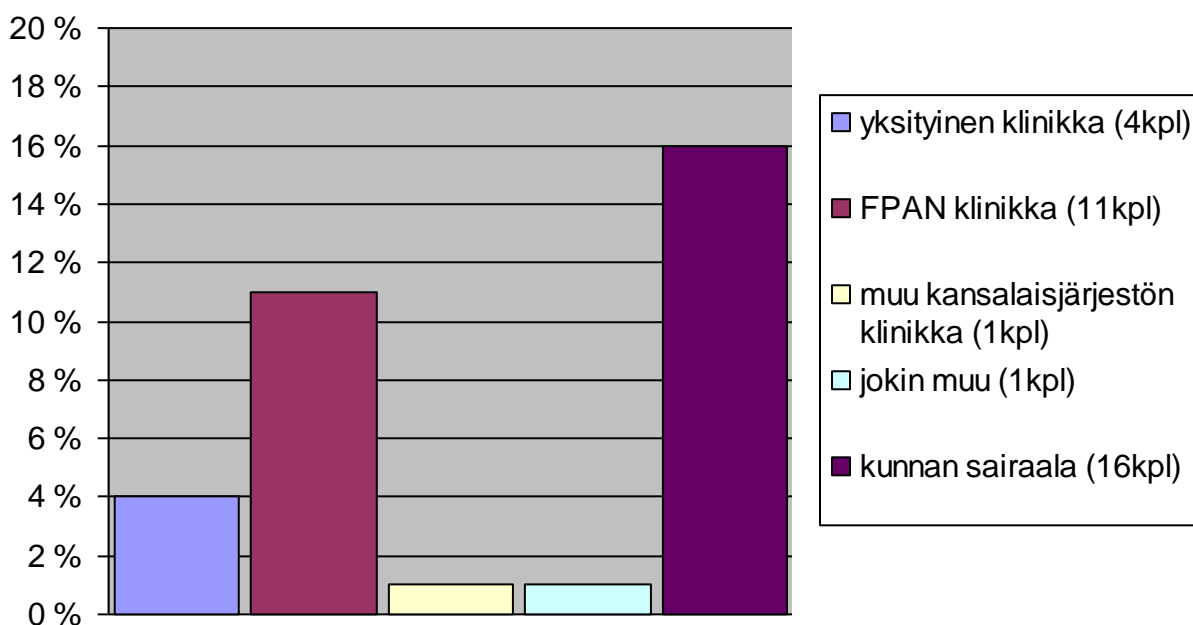
Suurin osa (93 %) oli saanut tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Kolme ei ollut saanut minkäänlaista neuvontaa. Yleisimpiä tiedon lähteitä olivat radio

(35 %) ja TV (29 %). Myös Nepalin perhesuunnittelujärjestö (FPAN) oli hyvä tiedonlähde (15 %). Seuraavaksi yleisimmät olivat valtion terveysasemat ja sitten lehdet ja mainokset. Ainoastaan noin puolet (55 %) oli tyytyväisiä saamaansa tietoon. 24 % ei ollut tyytyväisiä. 16 jätti vastaamatta kysymykseen. Myös haastattelussa tytöt sanoivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa seksiin liittyvistä asioista. He kertoivat, että he keskustelevat keskenään esimerkiksi laittomasta naiskaupasta, eivät niinkään seksistä, sukupuolitaudeista tai ehkäisystä. Seksuaalikasvatusta he ovat saaneet televisiosta, radiosta ja koulusta.

He sanoivat, että he saavat tietoa televisiosta, radiosta, lehdestä ja koulusta..he opiskelevat koulussa terveystietoa ...He lukevat siitä (seksuaaliterveydestä) koulussa.

65 % vastanneista oli käyttänyt seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita. 14 vastasi kysymykseen kieltävästi ja yksi ei halunnut vastata kysymykseen. Valtion seksuaali- ja terveyspalveluja käytettiin eniten (48 %) ja perhesuunnittelujärjestön klinikan palveluita toiseksi eniten (33 %). (KUVIO 4.)

KUVIO 4. Missä olet saanut seksuaaliterveyspalveluita?



6.4 Seksuaalinen käyttäytyminen

Suurin osa (86 %) kyselyyn vastanneista tiesi, mitä seksi tarkoittaa. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Ryhmähaastatteluissa tytöt määrittivät seksin näin:

Seksi tarkoittaa suhdetta kahden ihmisen välillä, poikaystävän ja tyttöystävän tai naisen ja miehen.

Huonoja puolia seksissä heidän mielestään olivat abortit ja ei-toivotut raskaudet, suojaamaton seksi ja ongelmat suhteessa.

(Naurua)Hyvä puoli seksissä on se, ettei sitä ilman voi olla...

75 % vastanneista oli ollut yhdynnässä. Kaikki paitsi yksi naimisissa olleista tytöistä oli ollut yhdynnässä. Hän oli 16–19-vuotias. Vain vajaa (48 %) puolet oli ollut ensimmäisessä yhdynnässä miehensä kanssa. Tulos voi antaa väärän kuvan todellisuudesta, sillä termejä mies ja poikaystävä ei ollut käännetty nepalin kielelle. Kuitenkin 35 % (16/45) vastasivat olleensa yhdynnässä ennen naimisiinmenoa. Kaikki heistä olivat naimisissa tutkimusentekohetkellä.

Kysyin myös haastatteluissa, mitä mieltä tytöt ovat seksin harrastamisesta ennen avioliittoa. "Se on hyvä juttu!" He sanoivat ja nauroivat. "Esiaviollinen seksi on hyväksyttävää, jos mies ja nainen ymmärtävät toisiaan." Osa keskusteluihin osallistuneista tytöistä eivät hyväksyneet seksiä ennen avioliittoa.

16 vastanneista ilmoitti minkä ikäisenä he olivat olleet yhdynnässä ensimmäisen kerran. Kuusi heistä oli ollut yhdynnässä alle 18-vuotiaana, kolme 18-vuotiaana, ja kolme yli 18-vuotiaana. Suurin osa vastanneista oli 20–24-vuotiaita. Ryhmähaastatteluissa tytöt määrittivät, että 20-vuotiaana on oikea aika harrastaa seksiä.

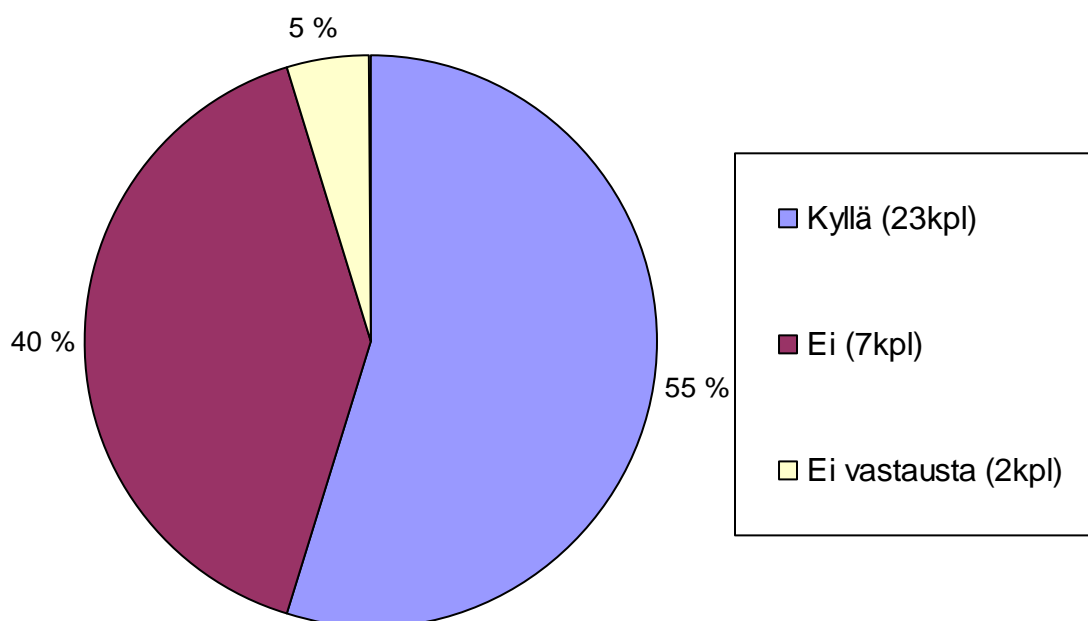
Kysyttäessä parasta ikää mennä naimisiin, vastaukset vaihtelivat 18 ikävuodesta 35 ikävuoteen. Kyselytulosten mukaan yli puolet tytöistä (24/45) oli sitä mieltä, että 20–23-vuotiaana olisi hyvä avioitua. 11 tyttöä oli sitä mieltä, että alle 25-

vuotiaana. Yksi vastasi, että tytöille oli 22 vuotta ja pojille 28 vuotta. Molemmis-
sa ryhmäkeskusteluissa tytöt olivat yhtä mieltä siitä, että paras ikä mennä nai-
misiin on 20.

Yli puolet vastaajista (55 %) pitävät järjestettyä avioliittoa hyvänä ratkaisuna.
(KUVIO 5.) Viisi jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Ryhmähaastatteluista
nousi esiin tyttöjen kasvava vastuun kotona ja yhteisössä heidän vanhetessa.
Tytöt kertoivat myös, että nuorena heillä on enemmän vapautta.

Kun he kasvavat aikuisiksi, he voivat mennä ulos, myös yöllä
...Kun he ovat lapsia, he eivät voi mennä ulos, mutta kun he ovat
aikuisia he voivat mennä... Kun he kasvavat, heillä on enemmän
työtehtäviä kotona.

KUVIO 5. Pidätkö järjestettyä avioliittoa hyvänä ratkaisuna?



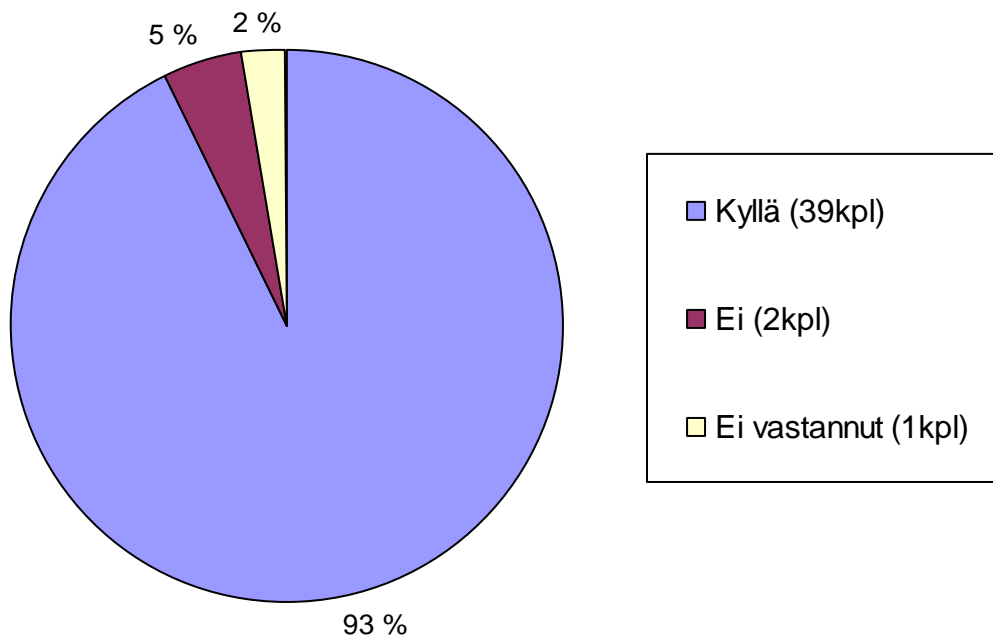
Poikaystäväistä puhuminen sai tytöt nauramaan. He haluaisivat muuttaa käytän-
töjä siten, että voisivat käydä ulkona poikien kanssa. He haluaisivat viettää
enemmän aikaa kavereiden kanssa.

Nuorena he haluavat, että heillä on tyttö- ja poikakavereita. He ha-
luavat käydä ulkona kavereiden kanssa. (naurua) He haluavat muuttaa ympäristöä. (naurua) He haluavat mennä ulos poikaystä-
vän kanssa.

6.5 Ehkäisyn käyttö

Melkein kaikki vastaajista tiesivät, mitä turvallinen seksi tarkoittaa (KUVIO 6.). Neljä jätti vastaamatta kysymykseen. 95 prosenttia oli kuullut ehkäisyvälineistä. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Molemmissa keskusteluissa tytöt olivat hyvin tietoisia siitä, että seksi on turvallista jos käyttää kondomia. "Käyttämällä kondomia. Sitä on turvallinen seksi." tytöt sanoivat. He kertoivat, että ainoastaan kondomin avulla voi suojautua raskaudelta ja sukupuolitaudeilta. Sanoshreessa tyttöjen mielestä turvallinen seksi tarkoitti myös sitä, että naisen ja miehen välillä on hyvä suhde.

KUVIO 6. Tiedätkö mitä tarkoittaa turvallinen seksi?

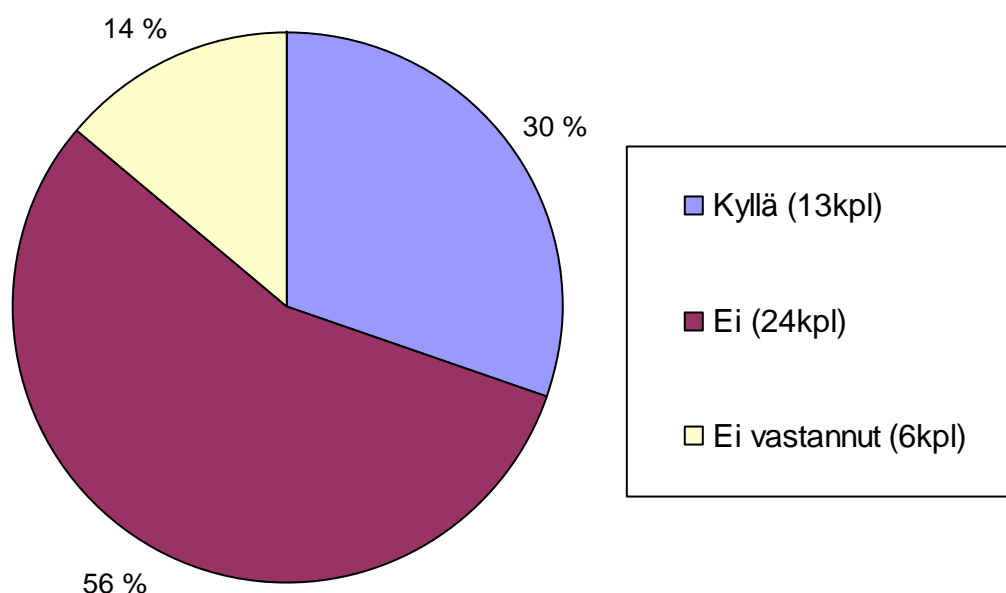


Tunnetuimpia ehkäisyvälineitä tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa olivat kondomi (13 %), pillerit (12 %), injektiot (12 %) ja implantit (11 %). Suurin osa tiesi mistä ehkäisyvälineitä saa. Suurin osa vastasi, että ehkäisyvälineitä on saatavilla alle tunnin matkan päässä.

Ainoastaan 30 prosenttia vastaajista käytti tutkimushetkellä jotain ehkäisyä (KUVIO 7). Kahdeksan jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaukseen vaikuttivat ikä ja siviilisääty. Naimattomista naisista kukaan ei käyttänyt ehkäisyä. Kymme-

nen (10/16) 20–24-vuotiaasta naimisissa olevasta käytti ehkäisyä. Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen ja neljä ei käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä. 16–19-vuotiaista naimisissa olevista neljä käytti tutkimushetkellä ehkäisyä, neljä ei käyttänyt. Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kahdella tytöistä oli kupari-
kierukka. Yksi käytti injektioita ja neljä ehkäisypillereitä. Yksi tytöistä vastasi, että hän seuraa kuukautiskiertoa ja yksi, että hän käyttää turvallista ehkäisyä. Viisi ehkäisyä käyttävistä ei kertonut mitä ehkäisyä he käyttävät. Seitsemän vastasi käyttävänsä jotain modernia ehkäisymenetelmää.

KUVIO 7. Käytätkö tällä hetkellä ehkäisyä?



Naimisissa olevat 16–19-vuotiaat, jotka eivät olleet saaneet vielä lapsia, olivat kaikki paitsi yksi olleet yhdynnässä. Kaksi heistä käytti ehkäisyä ja kaksi ei, neljä ei halunnut vastata kysymykseen. (TAULUKKO 1.)

95 % oli kuullut kondomista, mutta silti yli 65 prosenttia ei ollut koskaan käyttänyt kondomia. Ainoastaan 30 prosenttia vastasi kysymykseen myöntävästi. Kolme ei vastannut kysymykseen. Noin puolet (52 %) ei ollut käyttänyt kondomia, koska ei ollut ollut yhdynnässä. 28 prosenttia oli käyttänyt jotain muuta ehkäisymenetelmää. Viides osa jätti vastaamatta kysymykseen.

TAULUKKO 1. Naimisissa olleiden, lapsettomien, 16–19-vuotiaiden tyttöjen ehkäisy-
syn käyttö

työnkäyttö

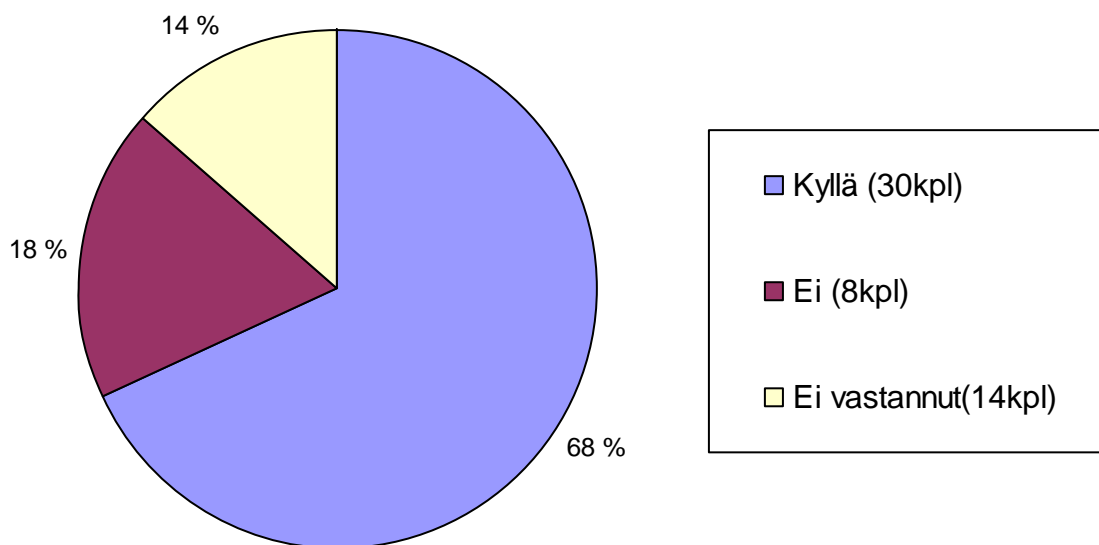
	ehkäisy käy- tössä			viimeisimmässä yhdynnässä kondomi		
vastanneet	kyllä	ei	ei vastannut	kyllä	ei	ei vastannut
1.	X			X		
2.	X				X	
3.	X			X		
4.	X			X		
5.	X			X		
6.		X			X	
7.		X				X
8.		X			X	

Puolet yhdynnässä olleista oli käyttänyt joskus kondomia. Niistä kolmestatoista, jotka olivat olleet yhdynnässä, mutta eivät ole käyttäneet kondomia viisi vastasi käyttäneensä jotain muuta ehkäisymenetelmää. Muut jättivät vastaamatta kysymykseen. Viisi kolmestatoista ei ollut ollut yhdynnässä ennen avioliittoa, viisi oli ja kaksi jätti vastaamatta kysymykseen.

Vajaa puolet (46 %) ei tiennyt kuinka kondomia käytetään. Ainoastaan neljä tyttöä oli käyttänyt kondomia viimeisimmän yhdynnän aikana. Kondomin käytön esteenä ei tulosten mukaan ollut raha tai pelko kondomin ostamisesta. Pieni prosentti (26 %) vastasi että kondomia käytetään hiv-tartunnan ehkäisemiseksi. Neljä kolmestatoista 10–15-vuotiaasta tiesi, että kondomi ehkäisee raskauden lisäksi myös sukupuolitaudeilta. Kolme vastasi, että kondomi ehkäisee ainoastaan sukupuolitaudeilta, ja kaksi vastasi sen ehkäisevän ainoastaan raskaudelta. Viisi jätti vastaamatta kysymykseen.

90 % vastaajista oli kuullut jälkiehkäisystä. Koulu ja televisio olivat yleisimmät lähteet, joista jälkiehkäisystä oli kuultu. Toiseksi eniten tietoa jälkiehkäisystä tytöt olivat saaneet FPAN-klinikalta, kunnan terveysasemilta ja apteekeista. Puolet suosittelisi kaverilleen kondomia ja suurin osa tytöistä käyttäisi ehkäisyä myös tulevaisuudessa (KUVIO 8). Seitsemän jätti vastaamatta kysymykseen.

KUVIO 8. Käyttäisitkö ehkäisyä tulevaisuudessa?



6.6 Seksuaaliterveyden haasteita

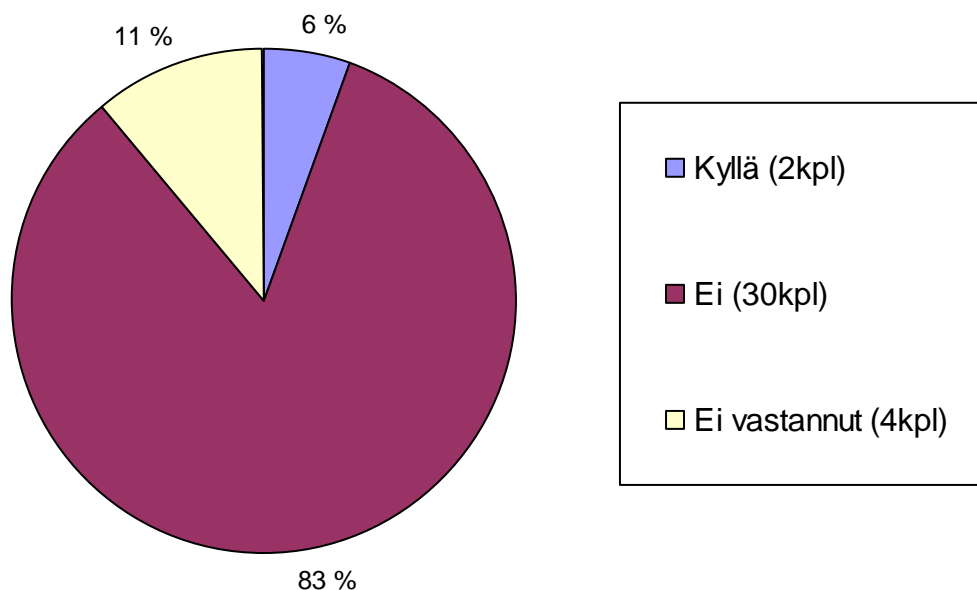
Sanoshreessa haastatteleman tytöt kokivat, että kuukautiset aiheuttavat heille eniten murrosikään liittyviä ongelmia.

He kärsivät kuukautiskivuista. Heillä on selkäkipua, päänsärkyä, näppyliitä ja he tuntevat itsensä heikoiksi.

Sukupuolitaudit tai ei-toivottu raskaus eivät koskettaneet suurta osaa ryhmäkeskusteluihin osallistuneista tytöistä. Suurin osa kyselyyn vastanneista vastasi, ettei koskaan ole joutunut tilanteeseen, jossa sukupuolitartunta olisi ollut mahdollinen (KUVIO 9.)

Neljä tyttöä oli joskus sairastanut sukupuolitaudin ja kuusi oli joskus tehnyt abortin. (TAULUKKO 2.) Kaikki olivat saaneet apua. Heistä neljä oli hakeutunut hoitoon terveysasemalle. Kaksi oli käynyt Nepalin perhesuunnittelujärjestön klinikalla. He olivat myös vastanneet, että olivat olleet tyytyväisiä hoitoon. Muut olivat jättäneet kohdan tyhjäksi. Ryhmäkeskusteluissa tytöt kertoivat, että jos heillä olisi jokin seksuaaliterveysongelma, he juttelisivat siitä mieluiten äidin kanssa.

KUVIO 9. Oletko joutunut tilanteeseen jossa sukupuolitartunta olisi ollut mahdollinen?



Ongelmistaan he keskustelivat vanhempiensa kanssa ja jos he eivät pärjänneet kotihoidolla, he hakeutuivat sairaalaan. He keskustelivat seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista myös kavereittensa, äitinsä, terveyden asiantuntijoiden ja lääkäreiden kanssa.

TAULUKKO 2. Abortin tehneet ja/tai sukupuolitaudin saaneet ikäryhmittäin						
vastanneiden taustatiedot	tehnyt abortin			sairastanut sukupuolitaudin		
	kyllä	ei	ei vastannut	kyllä	ei	ei vastannut
1. 16–19, naimisissa, ei lapsia	X			X		
2. 16–19, naimisissa, ei lapsia	X			X		
3. 20–24, naimisissa, lapsia		X		X		
4. 20–24, naimisissa, lapsia			X	X		
5. 20–24 naimisissa, lapsia	X					X
6. 20–24 naimisissa, lapsia	X				X	
7. 20–24 naimisissa, lapsia	X					X
8. 20–24 naimisissa, lapsia	X				X	

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Nepalissa naisen asema on heikko. Perinteiden mukaan naisen tehtävä on hoitaa kotia ja perhettä. Heidän kouluttautumistaan ja työllistymistään ei juurikaan arvosteta. Vanhemmat järjestävät tyttärensä naimisiin jo varhaisella iällä. Lapsiavioliittoja tapahtuu etenkin Nepalin eteläosissa, jossa tutkimus on toteutettu. Yli puolet kyselyihin vastanneista (10–24-vuotiaista) olivat naimisissa. 16–19-vuotiaista kymmenen oli naimisissa ja 20–24-vuotiaista 16. Yksikään alle 15-vuotias ei ollut naimisissa. Tulokseen vaikutti se, että kaikki vastaajista oli koulussa tai oli käynyt vähintään keskiasteenkoulun. Tytön muutettua aviomiehen perheeseen häntä velvoittavat kotityöt. Uusi perhe odottaa hänen tulemaan raskaaksi pian avioiduttuaan. Kyselyihin vastanneista kaiken kaikkiaan seitsemällätoista (17) oli lapsi/lapsia. Yksi heistä oli 16–19-vuotias ja loput 20–24-vuotiaita. 55 % kyselyyn vastanneista oli kotiäitejä ja 43 % kävivät koulua.

Tietämys seksuaaliterveydestä oli hyvä. Tuloksiin vaikutti FPAN:n hankkeen aktiivinen vaikuttaminen alueilla ja se, että kaikki tytöistä olivat koulussa. He kuitenkin kokivat, etteivät tietäneet seksuaalikysymyksistä riittävästi. Tytöt tiesivät, että kondomi suojaa heitä ei-toivotuilta raskauksilta ja sukupuolitaudeilta. Sukupuolitautien tarttuminen ja vaarallisen abortin aiheuttamat komplikaatiot eivät olleet heille juurikaan tuttuja. Näistä he olisivat myös omasta mielestään kaivanneet lisää tietoa. Suurimpia tiedon lähteitä olivat TV ja radio sekä näiden lisäksi myös Nepalin perhesuunnittelujärjestön hankkeen vapaaehtoiset. Tytöt olivat saaneet seksuaaliterveyskasvatusta myös koulussa. Jos heillä oli seksuaaliongelmia, he mielellään puhuivat tästä äidin kanssa.

Seksuaalisesti aktiivisessa iässä olevia on pian maailmanlaajuisesti suurin osa väestöstä. Heistä enemmistö asuu kehitysmaissa, jossa ei ole tarpeeksi tietoa ei-toivottujen raskauksien ehkäisystä, eikä heillä ole saatavilla moderneja ehkäisyvälineitä. Kansallisen terveystutkimuksen (2006, xxiv) mukaan perhesuunnittelupalvelut eivät tavoittaneet 25 prosenttia naimisissa olevista naisista. Jos kaikki tavoittaisivat asianmukaiset palvelut, ehkäisyn käyttö lisääntyisi merkittävästi (Lipsanen 2008, 29). Teettämäni kyselyn tulosten perusteella naisilla kui-

tenkin on saatavilla ehkäisyvälineitä ja he tietävät, mistä niitä voi hankkia. Tuloksiin vaikutti se, että osa tutkimukseen osallistuneista oli ollut mukana Nepalin perhesuunnittelujärjestön toiminnassa. Hankkeen vapaaehtoiset olivat esimerkiksi pitäneet joidenkin haastateltavien kouluissa seksuaaliterveyskasvatusta.

Tulosten perusteella nuorilla naisilla oli myönteinen suhtautuminen terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. Tytöt hakeutuisivat mielellään tutkimuksiin, jos esimerkiksi saisivat sukupulitautiin viittaavia oireita. He olisivat tehneet abortin lääkärin vastaanotolla, jos eivät olisi toivoneet lasta. He asennoituvat myös ehkäisyn käyttöön myönteisesti. Melkein 70 prosenttia kertoi, että käyttäisi jotain ehkäisyvälinettä tulevaisuudessa. Tytöt pitivät tärkeänä, että ehkäisyä käytetään ennen kuin mennään naimiin. Toisessa ryhmäkeskustelussa tytöt sanoivat: ”Esiaviollista seksiä harrastaessa tulisi käyttää ehkäisyä.” Tästä voi päätellä, että raskaaksi tulemista ennen naimisiin menoa ei hyväksytä. Ryhmäkeskusteluissa tytöt kertoivat, että oikea aika harrastaa seksiä olisi 20 vuotta, jolloin myös olisi hyvä aika avioitua. Onko siis ennen avioitumista seksuaalinen aktiivisuuskaan hyväksyttävää?

Nuoruusiässä muodostetaan seksuaaliset toimintamallit. Nuoret päättävät haluavatko ottaa vastuuta ja suojautua sukupuolitaudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta, vai ottavatko he mieluummin riskejä. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 6.) Kansallisesta terveystutkimuksesta (2006) kävi ilmi, että naimisissa olevien naisten ehkäisyn käyttö on vähäistä. Opinnäytetyöni tulokset osoittivat samaa. Kyselyyn vastanneista naimisissa olleista naisista ainoastaan 53 prosenttia käytti tutkimuksentekohetkellä ehkäisyä. Tulokseen vaikutti myönteisesti se, että kaikki tytöt olivat koulussa tai olivat käyneet ainakin keskikoulun. Naimisissa olleiden naisten ehkäisyn käyttö oli kuitenkin vähäistä. Ehkäisyn käyttöön vaikuttavat yhteisön normit. Normit rajoittavat tyttöjen ja naisten käyttäytymistä. Heitä painostetaan avioon ja hankkimaan lapsia. Tietämättömyys omista oikeuksista saattaa johtaa siihen, että heitä alistetaan seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Naisten mahdollisuudet tehdä heitä koskevia päätöksiä vähenevät epäoikeudenmukaisten sukupuolinormien takia. (Miljardi nuorta ratkaisee 2003, 6.) Kyselyn tulosten mukaan tyttöjen tieto omista oikeuksista oli vähäistä. Harva esimerkiksi tiesi oikeudestaan seksuaaliseen koskemattomuuteen tai oikeudes-

taan päättää naimisiinmenosta ja lasten hankinnasta. Tutkimuksestani ei selvinnyt, kuinka paljon naiset saivat vaikuttaa ehkäisyyn käyttöön. Tämä olisi hyvä aihe uudelle tutkimukselle.

Usealle alle 16-vuotiaalle tytölle seksuaalinen kanssakäyminen ei ollut ajankoh- taista. Tämä nousi esiin ryhmäkeskusteluissa. Heidän päällimmäisimpinä on- gelmina olivat kuukautiset, ja niistä aiheutuneet kivut sekä iho-ongelmat. Tämä johtui siitä, että keskusteluihin osallistuneista suurin osa oli naimattomia. Kyse- lyistä kuitenkin selvisi, että seksuaalista riskikäyttäytymistä oli ollut tutkimuk- seen osallistuneiden keskuudessaan. Tutkimusjoukosta kuusi oli tehnyt abortin ja neljä saanut sukupuolitartunnan. Kaikki heistä olivat naimisissa. Kaksi 16–19- vuotiasta olivat tehneet abortin ja saaneet sukupuolitartunnan. Kummallakaan ei ollut lapsia. Loput olivat 20–24-vuotiaita ja heillä oli lapsia. Tuloksista ei selvin- nyt, miten he olivat ajautuneet suojaamattomaan seksiin. Mieltä jäi askarrutta- maan, että olivatko he olleet suojaamattomassa yhdynnässä parisuhteensa ul- kopuolella? 35 prosenttia tutkimusjoukosta oli kuitenkin ollut yhdynnässä ennen avioliittoa. Tuloksista ei selvinnyt, olivatko he harrastaneet esiaviollista seksiä nykyisen miehensä vai jonkun muun kanssa. Vastajaat eivät välttämättä ym- märtäneet termejä aviomies ja poikaystävä, sillä näitä ei ollut käännetty nepalik- si.

Ryhmäkeskusteluista nousi esille halu muutokseen ja kyselytulosten mukaan pientä muutosta oli jo ilmassa. Muutama nainen käytti ehkäisyä ajoittaakseen raskauden ja olivat mukana päätöksenteossa. Viisi 16–19-vuotiasta naimisissa ollutta lapsetonta tyttöä käytti ehkäisyä. Neljä käytti kondomia. Ryhmäkeskuste- luissa tytöt kertoivat, että haluaisivat käydä poikien kanssa ulkona. "He haluavat yhteisön (normien) muuttuvan." Tytöt unelmoivat seurustelusta ennen avioitu- mista ja hieman vaikuttaa päätöksen tekoon. Järjestetyt avioliitot ovat kuitenkin tiukasti kiinni perinteissä. Kyselytulosten mukaan noin puolet (55 %) tytöistä halusi vanhempien järjestävän heille aviomiehen. He toivoivat lisää tietoa sek- suaaliterveydestä, vastuuta ja vapautta sekä olivat kiinnostuneita huolehtimaan itsestään. Ongelmana olivat yhteiskunnan tiukat normit, uskonto, tyttöjen syrjin- tä ja heikko sosiaalinen asema yhteiskunnassa.

8 POHDINTA

8.1 Kohti seksuaalioikeuksien toteutumista

Miten seksuaalioikeudet saataisiin toimimaan Nepalissa niin, että tytöt ja nuoret naiset saisivat itse päättää milloin menevät naimisiin ja hankkivat lapsia? Monet järjestöt kuten Nepalin perhesuunnittelujärjestö (FPAN) ja Marie Stopes ovat tehneet paljon hyvää työtä naisten seksuaaliterveyden edistämiseksi ja äitiyskuolleisuuden vähentämiseksi. Ei pidä myöskään vähätellä valtion perusterveydenhuoltoa, jota suurin osa nepalilaisista naisista käyttää.

Opinnäytetyötä tehdessä kamppailin usein tasa-arvokysymyksien äärellä. Selvitellessäni nuorten avioitumista, seksuaalista käyttäytymistä ja asenteita huomasin, etteivät naiset voi vaikuttaa yhteisössään moneenkaan asiaan. Itselleni oli vaikea ymmärtää hierarkiaa ja naisten sortoa, mikä näkyi jokapäiväisessä elämässä. Ajattelivatko nuoret, että heille on aina järjestetty mies ja aina on heidän velvollisuutensa hoitaa koti ja lapset ja että omat unelmat tulevaisuudesta ovat toissijainen asia? Tyytyivätkö he asemaansa? Miksi he eivät nousseet vastarintaan? Oliko heillä unelmia ja toiveita ollenkaan?

Kontulan (2000, 56–57) mukaan seksuaalioikeudet ovat välttämättömyys hyvän seksuaaliterveyden toteutumiselle. Monien tutkimustulosten (Puskhar 2004; Caltabiano & Castiglioni 2004 ym.) mukaan naisten koulutus vähentää hedelmällisyyttä ja nostaa avioitumisikää. Poliittisten päättäjien tulisi pistää naisten koulutus etusijalle päätöksenteossa. Koulutus voi viivästyttää naimisiinmenoa. Koulutetut naiset saavat todennäköisemmin töitä. He ovat myös yleensä vahvempia puuttumaan elämäänsä ja osallistumaan aviomiehen valintaan sekä vastustamaan aikaisia avioliittoja sekä teiniraskauksia. Koulutukseen, erityisesti naisten koulutukseen on siis panostettava.

Tyttöjen velvollisuudet hoitaa kotityöt sekä synnyttää ja kasvattaa lapset ovat syvälle juurtuneita perinteitä. Perheet saattavat kouluttaa heitä vain sen takia, että he olisivat parempi valtti naimamarkkinoilla. Kun tyttö on saanut päättöto-

distuksen, hän usein siirtyy miehen kanssa asumaan. Eräs hankkeen työntekijöistä kertoi, että eräät rouvat olivat tulleet esittelemään hänelle poikaansa ja kysymään josko hän haluaisi naimisiin miehen kanssa. He olivat tapailleet muutamana kerran. Häntä kuitenkin pelotti se, että joutuisi jättämään työt ja ryhtyisi elämään miehen päätävävallan alla ja hänestä taloudellisesti riippuvaisena. Miesten päätösvalta on yhteiskunnassa naisia suurempi. He päättävät lähes jokaisesta elämänaluetta koskevasta asiasta henkilökohtaisista ja perheen kokoa koskevista asioista yhteiskunnallisiin. Korhosen, Lipsasen ja Yli-Räisäsen (2009) mukaan naisten ja miesten välistä vuorovaikutusta seksuaalisuudesta, seksuaaliterveydestä ja yhteisistä vastuualueista tulisi lisätä, jotta tasa-arvo ja seksuaalioikeudet voisivat toteutua paremmin.

Seksuaalioikeuksien toteutumisen edistämiseksi tulisi Nepalissa erityisesti kiinnittää huomiota naisten koulutukseen, laadukkaisiin terveyspalveluihin, toimivaan perusterveydenhuoltoon, lääkkeisiin ja välineisiin, koulutettuun henkilökuntaan sekä naisten tasa-arvon ja oikeuksien toteutumiseen. Näiden toimenpiteiden pistäminen etusijalle vaatii poliittista tahoa ja taloudellisia toimia. Kehitysyhteistyötä tarvitaan. Kun kehitysapu suunnataan naisten koulutukseen ja seksuaaliterveyspalveluihin, saadaan myös maan talous kohenemaan. Lipsanen (2008) kirjoittaa julkaisussaan Etelä-Koreasta, jossa talous oli saatu kohenemaan perhesuunnittelupalveluita lisäämällä. Erityisen tärkeätä on kehittää ja lisätä entisestään samankaltaisia hankkeita, joita Nepalin perhesuunnittelujärjestö toteuttaa. FPAN: n nuorten naisten seksuaaliterveyden parantamiseen suunnatun hankkeen avulla nuoret saadaan puhumaan avoimesti seksuaalisuudesta ja sen tuomista riskeistä ja niiden ehkäisystä yhteisöissä sekä parisuhteissa.

8.2 Oma ammatillinen kasvu

Lopputyön yhdistäminen kansainväliseen harjoitteluun teki opinnäytetyö prosessista mielenkiintoisen oppimiskokemuksen. Seksuaaliterveys aiheena oli kiinnostava. Aihe opetti tasa-arvoisuudesta ja seksuaalioikeuksien tärkeydestä. Havahduin siihen, kuinka paljon yhteiskunnalliset, uskonnolliset ja sosiaaliset

tekijät vaikuttavat seksuaalisuuden toteuttamiseen. Työn kautta ymmärsin kuinka tärkeää on, että äitiysterveystenhuollon palvelut ja perhesuunnittelu ovat kaikkien saatavilla.

Opinnäytetyö tuki hyvin ammatillista kasvuani ja lisäsi kiinnostustani kehitysyhteistyöhön ja eri kulttuureihin. Prosessi kehitti myös tiedonkeruutaitojani. Olen oppinut käyttämään niin suomalaisia kuin kansainvälisiä tiedonlähteitä. Tulevassa työssäni osaan käyttää tutkittua tietoa hyödyksi, mikä mahdollistaa sen, että asiakkaat saavat hyvää hoitoa. Terveystenhoitajan työhön sain eväitä muun muassa eri kulttuurista tulevien asiakkaiden auttajana ja taitoja kansainväliseen työhön. Nepalissa yhteisvastuullista työtä tehdään ympärimaata paikallisten ja kansainvälisten järjestöjen välityksellä. Tutustuin Nepalin terveydenhuoltojärjestelmään ja muutamaan paikalliseen järjestöön. Opin hahmottamaan kehitysaputoiminnan rakennetta. Opin miksi kehitysyhteistyötä tehdään ja miten se auttaa Nepalin väestöä. Kansainvälisestä osaamisesta on minulle hyötyä terveydenhoitajan työssä. Ammatillista kehitystä on tapahtunut erilaisuuden ymmärtämisessä ja suhtautumisessa maailman vähäosaisimpiin. Ammatti-identiteettini kasvoi, mutta kasvoin myös ihmisenä. Minusta tuli matkan aikana nöyrempi. Ymmärsin, etten ole kaikkivoipa. Kohtasin heikkouksiani ja opin ymmärtämään, että on todellista vahvuutta jos tiedostaa omat heikkoutensa ja oppii hyväksymään ne. Käytin päivittäin englannin kieltä. Se kehittyi merkittävästi. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan osaamisvaatimuksena onkin osata yksi vieras kieli. Kun yhteistä kieltä ei ollut, oli kiinnitettävä erityistä huomiota eleisiin ja ilmeisiin sekä muuhun sanattomaan viestintään.

Tutkimusympäristö loi haasteita kielellisesti sekä sisällöllisesti ja kulttuurisesti. Seksuaalisuudesta puhuminen on hyvin arka aihe Nepalissa, kuten myös Suomessa. Oli opettavaista nähdä vapaaehtoisten käyttämiä erilaisia puheeksiottamisen keinoja. Sain tutustua klinikoihin, jotka olivat varustettu suurilla selkeillä seksuaaliasioita koskevilla julisteilla. He olivat kehittäneet pelejä aiheen ympärille. Puusta veistetyllä peniksellä oli helppo harjoitella ja näyttää kuinka kondomi asetetaan paikoilleen. He olivat käyttäneet mielikuvitusta kehittäessään erilaisia tapahtumia seksuaaliterveyden edistämiseksi. Minusta yksi hienoimmista oli kondomipäivä, jolloin rikšataksit jakoivat kondomeja kylässä. Tästä sain paljon

eväitä tulevaan työhöni. Ryhmäkeskusteluissa huomasin, että kuinka tabu seksuaaliterveys aiheena olikaan. Oli todella vaikea saada tyttöjä puhumaan aiheesta. Jotkin kysymykset naurattivat ja jotkin aiheuttivat hämmästyä. Opiskeluterveydenhuollon harjoittelussa Suomessa, kohtasin samoja haasteita. Tyttöjen oli vaikea tulla vastaanotolle, esimerkiksi kysymään neuvoa seksuaaliterveysongelmiin. He ujostelivat. Niin vastaanotolla kuin ryhmähaastattelussa huomasin, että oma suhtautumiseni aiheeseen vaikutti tyttöjen käytökseen. Mitä reippaammin puhuin ja kysyin heidän seksuaalisesta käyttäytymisestään, sitä avoimemmin he kertoivat. Etuni oli, että tutkimukseen osallistuneet olivat jonkin verran tottuneet keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

Maailma globaalistuu koko ajan entistä enemmän. Suomessa tarvitaan työvoimaa ulkomailta väestön vanhetessa. Työkavereinani ja asiakkainani tulee todennäköisesti olemaan ulkomaalaistaustaisia ihmisiä. Harjoittelujakso ja opin-
näytetyöprosessi Nepalissa ovat antaneet minulle valmiuksia paremmin kohdata eri kulttuuritaustasta tulevia ihmisiä.

LÄHTEET

- Aryal, TR 2007. Breastfeeding in Nepal: patterns and determinants. Journal of Nepal Medical association No.46 (165) p. 13-19
- Caltabiano, Marcantonio & Castiglioni, Maria 2008. Changing family formation in Nepal: Marriage, cohabitation and first sexual intercourse. International family planning Perspectives Vol. 34 Issue 1, p30-39
- FPAN i.a. Family planning association of Nepal. Introduction
<http://www.fpan.org/introduction.htm>
- Hakkarainen, Tuuli 2009. Äitiyden monet kasvot. Lipsanen, Laura & Karusto, Sini (toim.) Väestötietosarja 19. Loimaa: NewPrint oy.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ipas 2009. An exploratory study of complications from Comprehensive Abortion Care (CAC): Improvement of the Quality of CAC Services in Nepal. Protecting women's health Advancing women's reproductive rights.
- Kansallinen terveystutkimus 2006. Ministry of Health and Population. Nepal Demographic and health survey 2006.
www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR191/FR191.pdf.
- Kontula, Osmo 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa Kontula, Osmo & Lottes, Ilsa (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammi: Helsinki 56–66.
- Korhonen, Elina; Lipsanen, Laura & Yli-Räsänen, Heli 2009. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Väestötietosarja 18. Helsinki: Priimus paino oy.
- Lipsanen, Laura 2008. Seksuaalioikeuksien puuttuminen lisää köyhyyttä ja ympäristön kuormitusta. Teoksessa Lipsanen, Laura & Korhonen, Elina (toim.) Köyhyyden jalanjälki. Väestötietosarja 17. Helsinki: Priimus paino oy.
- Lottes, Ilsa 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa Kontula, Osmo & Lottes, Ilsa (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Tammi. 13–35.
- Mahat, G & Scoloveno, M 2006. An HIV/AIDS education intervention for Nepalese adolescent females. Nursing Clinics of North America 41 (3):

409-423.

Marie Stopes 2010. Counties where we work. Nepal. Viitattu 23.4.2010.

http://www.mariestopes.org/Countries_we_work_in/ShowContent.aspx?id=29

Miljardi nuorta ratkaisee 2003. Koulutus ja terveys - tie kehitykseen. Alkio, Paula; Juntunen, Elina & Tuominen, Jenni (toim.) Tiivistelmä YK:n väestörahaaston vuosiraportista The state of world population 2003. Helsinki: Väestöliitto.

Ministry of health 1998. National Reproductive Health Strategy. Nepal: Department of health services. Kopio tekijän hallussa.

Perheentupa, Antti 2004. Raskaudenehkäisy imetysaikana. Duodecim 2004, Vol. 120, no. 12, p. 1467-1473.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94346.pdf>

Pokharel, Shreejana 2006. School-based sex education in Western Nepal: uncomfortable for both teachers and students. Reprod Health Matters . Volume: 14, Issue: 28, Date: 2006 Nov , Pages: 156-61

Puri, Mahesh & Tamang, Joystna 2009. Perspectives on sexual violence during early years of marriage in Nepal: findings from a qualitative study. Social science research policy brief.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/sexualviolence_nepal.ppd

Puri, Mahesh; Ingham, Roger & Matthews, Joe 2007. Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. Journal Adolescent Health . Vol.40, Issue 6, p.535–542

Puskhar, Maitra 2004. Effect of Socioeconomic Characteristics on Age at Marriage and Total Fertility in Nepal. Journal health popul Nutr 22(1):84–96.

Saarinen, Riitta 2006. Naisten sterilisaatio yleisin ehkäisykeino. Teoksessa Paula Alkio & Elina Korhonen (toim.) Kukkana naapurin puutarhasa- Naisen elämää Etelä-Aasiassa. Väestöliitto väestötietosarja 14. Helsinki: Väestöliitto. 26–29.

Sarkar, Kamallesh; Bal, Baishali; Mukherjee, Rita; Chakraborty, Sekhar; Saha, Suman; Ghosh, Arundhuti and Parsons, Scott 2008. Sex-trafficking, Violence, Negotiating Skill, and HIV Infection in Brothel-

- based Sex Workers of Eastern India, Adjoining Nepal, Bhutan, and Bangladesh. *Journal of Health, Population, & Nutrition* Vol. 26 Issue 2, p223-231
- Satgainya, Sanjeev 2009. Legalised abortion cuts Nepal's maternal mortality rate. *The Kathmandu post* 31.7.2009.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein: käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus: Helsinki.
http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveiden_edistaminen_esimerkein.pdf
- Suihkonen, Minna 2005. Tabuille kyytiä. *Kumppani-lehti* 6–7/2005.
- UNFPA 2007. Gender Equality and Empowerment of Women in Nepal.
<http://www.un.org.np/reports/UNFPA/2009/2009-03-17-Gender-equality.pdf>
- Unicef 2010. Nepal statistics. Viitattu 14.4.2010.
http://www.unicef.org/infobycountry/nepal_nepal_statistics.html
- Uuksulainen, Riitta 2006. Aviopuolison valinta mittaa koko perheen arvon. Teoksessa Paula Alkio & Elina Korhonen (toim.) *Kukkana naapurin puutarhassa- Naisen elämää Etelä-Aasiassa*. Väestöliitto väestötietosarja 14. Helsinki:Väestöliitto. 20–23.
- Väestöliitto 2010. Nepali- nuorten ja naisten seksuaaliterveys. Viitattu: 12.1.2010. www.vaestoliitto.fi/kansainvalisyys/hankkeet/aasia/
- Vilkka, Hanna 2007. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, Jukka 2002. *Kliininen seksologia*. Helsinki:WSOY.
- WHO 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- WHO 2002a. Adolescent friendly health services: An agenda for change. WHO
- WHO 2009. World health statistics 2009. Viitattu:20.1.2009
www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
- World youth report 2007: Young people's transition to adulthood- progress and challenges 2008. Viitattu: 27.1.2010.
http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07_complete.pdf

LIITE1. Ryhmähaastattelu runko

Change in sexual and reproductive health knowledge, attitude, behavior and practice among young women and girls in Bardyia and Morang districts: Family Planning Association of Nepal

Checklist for focus group discussion with adolescent and youth women

Hello, my name is _____. I am from the Family Planning Association of Nepal (FPAN). We are doing research on Young People's Sexual Decision-making. The aim of the survey is to understand young people's sexual decision-making and the factors that influence it. We would like to ask your opinion on a few issues relating to the topic. Your participation is important in helping us understand how to plan better programs to improve the health of young people. Whatever we discuss now will remain strictly confidential at all times.

Do you agree to participate in the survey?

(Circle the response) Yes 1
 No 2 (End of interview)

(Ensure that every one participates actively in the discussion and that the interview is conducted in a language(s) which participants are comfortable with)

1. Adolescent SRH

- Please, could you define what SRH is?
- What do you understand about adolescent age?
- Do you have any knowledge about the physical, emotional and social changes that take place during puberty? What are changes which take place in girls or boys body?
- Do adolescent discuss about SRH issues?
- Name some topics
- What are some of the problems that young people in this area face? Probe for problems related to sexuality?
- How they deal with just kind of problems?
- Where do you get information on sexuality and reproductive related issues in this community?
- Is this information adequate? (Probe what other information may be needed)
- If you have a problem related to sexuality or reproduction with whom you would discuss?

2. Sexual activity

- Could you define what sex is?
- Can you tell few positive and few negative sides of sex?
- What is religion and cultural definition of sex?
- Right time to have sex
- What safer sex means?
- Details on STIs, pregnancy, Abortion, condom use
- What is your view having sex before marriage?
- What is masturbation?

3. Family planning

- What do you mean by contraceptive methods?
- Name methods
- Which methods prevent from pregnancy and STD
- Where to buy, easily available?
- Do you know what is emergency contraceptive?
- What would be your reaction if you friend tell you that she has used a contraception?
- Do you think that you knowledge about family planning is sufficient?

4. STI/HIV/AIDS

- Name different types of STIs?
- How STIs does transmit?
- How can it be prevented?
- What are means of transmission of HIV?
- What are the possible ways to prevent young people infecting from HIV/AIDS?
- What is the difference between HIV and AIDS?
- What type of people are more in risk of HIV/AIDS
- From where do you get information about HIV/AIDS?
- Do you feel that your knowledge on HIV/AIDS sufficient?
- What will you do if you come to know that your close friend or coworker is suspected with HIV/AIDS? Explain your reaction toward the person?

5. Abortion

- What do you mean by safe abortion?
- What do you mean by unsafe abortion?
- Do you know your friend or relative who have done aborted?
- Was it the safe abortion? Where can we conduct safe abortion?
- What are the legal provisions of safe abortion?
- What do you think about the legislation?
- What are the consequences of unsafe abortion?
- If you come to know that you have unwanted pregnancy, what will you do? Will you go for unsafe abortion or consult the doctor?
- Where can you conduct safe abortion?

LIITE 2 Kyselylomake

**Change in sexual and reproductive health knowledge, attitude, behavior and practice
among young women and girls in Bardyia and Morang districts**

Family Planning Association of Nepal
Questionnaire for adolescent and youth women

We are doing research on young women and girl's sexual and reproductive health knowledge, behavior, attitude and practice. The questionnaire is divided in eight parts; background characteristics, sexual activity, adolescent sexual and reproductive health, family planning, safe motherhood, STI/HIV/AIDS, abortion and sexual violence and abuse. We would like to ask your opinion on a few issues of these topics. Your participation is important to conduct this survey and to improve the health of young women

Some questions are very personal. Some people can find difficult to answer these questions. Your answers are completely confidential. Your name will not be written on this form, and will never be used in connection with any of the information you tell me. You do not have to answer any questions that you do not want to answer, and you may end this questionnaire at any time you want to. However, your honest answers to these questions will help us better understand what people think, say and do about certain kinds of behaviors. We would greatly appreciate your help in responding to this survey.

It takes you 20-30 minutes. Would you be willing to participate?

☐ YES

☐ NO

SECTION ONE: Background characteristics (please underline)

- | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| 1. District | <input type="checkbox"/> Morang | <input type="checkbox"/> Bardyia | |
| 2. VDC | <input type="checkbox"/> Mirgauliya | <input type="checkbox"/> Sundarpur | <input type="checkbox"/> Indrapur |
| <input type="checkbox"/> other | | | |
| 3. Age | <input type="checkbox"/> 10-15 | <input type="checkbox"/> 16-19 | <input type="checkbox"/> 20-24 |
| 4. Family members | <input type="checkbox"/> <2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >8 |
| 5. Marital status | <input type="checkbox"/> married | <input type="checkbox"/> unmarried | |
| 6. Children | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >4 |
| 7. Ethnicity | <input type="checkbox"/> Brahman/chhetri | <input type="checkbox"/> janjati | <input type="checkbox"/> Dalit <input type="checkbox"/> muslim |
| | <input type="checkbox"/> Religion minority | <input type="checkbox"/> other | |
| 8. Education | <input type="checkbox"/> secondary | <input type="checkbox"/> higher secondary | <input type="checkbox"/> university |
| | <input type="checkbox"/> Never attended school | | |
| 9. Occupation | <input type="checkbox"/> student | <input type="checkbox"/> housewife | <input type="checkbox"/> worker |
| If you work, where? | | | |
| 10. Economical status | <input type="checkbox"/> incomes | <input type="checkbox"/> no incomes | |
| 10.1 | <input type="checkbox"/> both parents works | <input type="checkbox"/> just other parent works | |
| 11. Religion | <input type="checkbox"/> Hinduism | <input type="checkbox"/> Buddhism | <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> others |

SECTION TWO: Adolescent sexual and reproductive health

1. Have you heard about reproductive health?
- ☐ YES
- ☐ NO (go to 2)
- ☐ NO RESPON

1.1 Which of these have you heard? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Family planning
- ☐ safe motherhood
- ☐ Care of the newborn
- ☐ Prevention and management of complication of abortion
- ☐ STI, HIV, AIDS and other reproductive health conditions
- ☐ Information, education and counseling on sexuality, reproductive health and responsible parenthood
- ☐ Prevention and management of infertility
- ☐ Problems of elderly women

1.2 From who have you heard about reproductive health? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Teachers
- ☐ Family member
- ☐ Friends
- ☐ Youth volunteers
- ☐ Relatives

2. Do you know what person's SHR rights are?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 3)
- ☐ NO RESPONSE

2.1 Which of these have you heard? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ The right of life
- ☐ The right to liberty and security
- ☐ The right to equality and to be free from all forms or discrimination
- ☐ The right to privacy
- ☐ The right to freedom of thought
- ☐ The right to information and education
- ☐ The right to choose whether or not to marry and found and plan a family
- ☐ The right to decide whether or when to have children
- ☐ The right to health care and health protection
- ☐ The right to the benefits of scientific progress
- ☐ The right freedom of assembly and political participation
- ☐ The right to be free from torture and ill treatment

3. Have you received any SRH services (like FP, MCH, counseling, testing etc.)?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 4)
- ☐ NO RESPONSE

3.1 Where have you received services? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Government hospital
- ☐ Private clinic
- ☐ FPAN clinic
- ☐ Other NGO clinic
- ☐ Other

4. Have you ever get any information about SRH?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to section 3)
- ☐ NO RESPONSE

4.1 From where did you get information? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Radio
- ☐ Print media
- ☐ TV
- ☐ Government health outlet
- ☐ FPAN
- ☐ NGO
- ☐ Other

4.2 Were you satisfied?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

SECTION THREE: Sexual activity

1. Do you know what sex is?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

2. Have you ever had sexual intercourse?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 3.)
- ☐ NO RESPONSE

2.1 At what age did you have first intercourse? AGE IN YEARS _____

☐ NO RESPONSE

2.2 With whom you had your first intercourse?

- ☐ Spouse
- ☐ Boyfriend
- ☐ NO RESPONSE

2.3 Did you have sexual intercourse before marriage?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

3. In your opinion, what is best age of marriage? _____

4. Would you prefer to get an arranged marriage?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

SECTION FOUR: Family planning

Family planning:

1. Do you know what safe sex is?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

2. Have you heard about FP methods?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 3)
- ☐ NO RESPONSE

2.1 Which of these methods have you heard? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Male condom
- ☐ Pills
- ☐ Intrauterine devices (IUDs)
- ☐ Male sterilization (vasectomy)
- ☐ Female sterilization (mini-lab)
- ☐ Diaphragms
- ☐ Foams
- ☐ Jellies
- ☐ Female condom
- ☐ Injections (Depo-Provera, Noristerat etc)
- ☐ Contraceptive implants (Norplant etc)
- ☐ Cervical cap
- ☐ Calendar method
- ☐ Ovulation method
- ☐ Temperature method
- ☐ Withdrawal method
- ☐ Herbal methods

3. Are you currently using any contraceptives?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 4)
- ☐ NO RESPONSE

3.1 Which method are you using? _____

4. Do you know where to get contraceptives?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

5. How long would it take you to obtain any contraceptives?

- ☐ Under hour
- ☐ 1 hour to one day
- ☐ More than one day
- ☐ NO RESPONSE

Condom:

1. Have you ever heard about a condom?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

2. Have you ever used a condom?

- ☐ YES
- ☐ NO (go to 3.)
- ☐ NO RESPONSE

I2.1 Why haven't you used a condom? (put a mark)

- ☐ Have never been in intercourse
- ☒ Have used other methods
- ☐ Too expensive
- ☐ irresponsible
- ☐ other, what? _____

3. Do you know how to use a condom?

- ☐ YES
- ☐ NO
- ☐ NO RESPONSE

4. Did you use a condom during last intercourse? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
5. Would you advice your friend to use a condom? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
6. What for would you use a condom? (Put a mark in each you have heard)
☐ Protect against Aids
☐ Protect against HIV
☐ Protect against STI
☐ protect against pregnancy
☐ other
7. Are you afraid to buy a condom? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
8. Would you have money to buy a condom (15 rupees)? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
9. Would you use a contraceptive in a future? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

Emergency contraceptives (EC):

1. Have you heard about emergency contraceptives? ☐ YES
☐ NO (go to 4)
☐ NO RESPONSE
- 1.1 From where you have heard about emergency contraceptives? (Put a mark in each you have heard)
☐ Radio
☐ Print media
☐ TV
☐ Government health outlet
☐ School
☐ Pharmacy
☐ FPAN
☐ NGO
☐ Other
2. Have you ever used EC? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

SECTION FIVE: safe motherhood

1. Do you know what safe motherhood is? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

2. Do you understand what does it means? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
3. Do you understand what menstruation is? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
4. Have you used antenatal clinic (ANC) services? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

IF YOU HAVE GIVEN BIRTH: (if not, go to 5.)

4.1 Where you delivered? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ health post
☐ hospital
☐ home
☐ NGO clinic
☐ Other

4.2 Who had attended during home delivery? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ Health worker
☐ Doctor
☐ Midwife, paramedics
☐ TBA
☐ Family member
☐ None
☐ Other

4.3 Have you visited for post natal clinic (PNC) check ups? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

5. Do you know any danger sings of delivery? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

6. Have you ever heard about infertility? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

7. Do you know that infertility may occur to both male and female? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

8. Do you know if infertility can be treated? ☐ YES
☐ NO (go to section 6)
☐ NO RESPONSE

8.1 How?

SECTION SIX: STI/HIV/AIDS

1. Do you know what are sexually transmitted infection (STI)?
- ☐ YES
☐ NO (go to 2)
☐ NO RESPONSE

1.2 Which of these STIs you know? (Put a mark in each you have heard)

- ☐ HIV
☐ AIDS
☐ Syphilis
☐ Herpes genitalis
☐ Chancroid
☐ Gonorrhoea
☐ hepatitis
☐ bacterial vaginosis
☐ genital warts
☐ Others

2. Do you know any mode of STI transmission?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

3. Can you describe any symptoms?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

4. Have you ever considered at risk of STI?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

5. Have you suffered from sexually transmitted infection?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

6. Did you get any help?
- ☐ YES
☐ NO (go to 7)
☐ NO RESPONSE

6.1 Why? _____

6.2. Where did you go for STI treatment? (put a mark in each you have heard)

- ☐ Government hospital
☐ private clinic
☐ FPAN clinic
☐ other NGO clinic
☐ other

7. Have you heard about HIV or AIDS?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

8. Do you know any mode of HIV transmission?
- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

9. Can you describe any symptoms? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
10. Do you know How to prevent HIV? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
11. Do you know any place where blood is tested for HIV? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
12. Would you like to go for a test if you would have HIV? ☐ YES
☐ NO (go to section 7.)
☐ NO RESPONSE
- 12.1 Where would you go for a HIV treatment? (Put a mark in each you have heard)
- ☐ Hospital
 - ☐ NGO clinic
 - ☐ Private clinic
 - ☐ Other, where? _____
-

SECTION SEVEN: Abortion

1. Are you aware that Nepalese women have right to abort their unwanted pregnancy? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
2. Are you agree with statement that women should have the right to abort their unwanted pregnancy? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
3. Have you ever made an abortion? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
4. Do you know any place where an abortion can be conducted by professionals? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
5. Did you know that you have a right to terminate a pregnancy up to 12 weeks of pregnancy? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE
6. Did you know that you have a right to terminate a pregnancy up to 18 weeks if the pregnancy is result from the rape or incest? ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

7. Did you know that with doctors' permit you have a right to terminate a pregnancy up to 20 weeks if the health of the baby is at risk or deformity?

- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

SECTION EIGHT: sexual violence and abuse

1. Have you been under psychological violence?

- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

2. Have you been forced in sex against your will?

- ☐ YES
☐ NO (finished)
☐ NO RESPONSE

2.2 Have you get any help?

- ☐ YES
☐ NO
☐ NO RESPONSE

IF NOT:

2.3 Why? _____

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!

Results of the survey will be sort out in 2010. You will get them from your MPRC or YIC or from internet.
